

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

ნანა ჩხიკვიშვილი

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით დაავადებულთა ეპიდემიოლოგიური,  
სოციალური და პიროვნული მახასიათებლები

14.00.11 – კანისა და ვენერიული სნეულებანი

დ ი ს ე რ ტ ა ც ი ა

წარმოდგენილი მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის სამეცნიერო ხარისხის  
მოსაპოვებლად

სამეცნიერო ხელმძღვანელი: მედ. მეცნ. დოქტორი, პროფესორი,  
ალექსანდრე კაციტაძე

**თბილისი**  
**2006წ.**  
**შ ი ნ ა ა რ ს ი**

**შესავალი.**

**1. ლიტერატურის მიმოხილვა.**

- 1.1. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით (სგგი) ავადობის დინამიკა და ტენდენციები საზღვარგარეთის ქვეყნებში.
- 1.2. მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფთა, მათ შორის განმეორებით დაავადებულთა, სექსუალური ქცევის განმსაზღვრელი ფაქტორების ზოგადი დახასიათება.

**2. საკუთარი კვლევები.**

- 2.1. კვლევის მასალები და მეთოდები.
- 2.2. საქართველოში 2000-2005 წლებში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით (სიფილისი, გონორეა, ტრიქომონიაზი, ქლამიდიოზი) ავადობის რეტროსპექტრული ანალიზი.
- 2.3. სგგი-ით დაავადებულთა სოციალური და ინდივიდუალურ-ფსიქოლოგიური მახასიათებლები, მათთან დაკავშირებული სექსუალური ქცევის სტილის ფორმირება.

**3. მიღებული შედეგების განხილვა.**

**დასკვნები.**

**გამოყენებული ლიტერატურის საძიებელი.**

**შ ე ს ა ვ ა ლ ი**

**თემის აქტუალობა.** სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები (სგგი) წარმოადგენს ერთ-ერთ მნიშვნელოვან სამედიცინო და სოციალურ პრობლემას, რაც განპირობებულია არა მხოლოდ მათი ფართო გავრცელებით, არამედ ამ ინფექციებით

გამოწვეული გართულებებითაც, როგორც შარდსასქესო სისტემის და მცირე მენჯის ღრუს ორგანოთა ანთებების სახით, ასევე ისეთი მძიმე შედეგებით, როგორიცაა პათოლოგიური ორსულობა და მშობიარობა, ინფერტილობა, ახალშობილთა პათოლოგიები. ამასთან, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები უკანასკნელ პერიოდში მიიჩნევა სიმსივნური დაავადებების განვითარების ხელშემწყობ ფაქტორად. სგგი-ით ავადობის დროს მეტია აივ-ით დაავადების ალბათობაც. ყოველივე ზემოაღნიშნული ნეგატიურ ზეგავლენას ახდენს მოსახლეობის დემოგრაფიულ მდგომარეობაზე (Кубанова А.А., Millstein G., 1999, Мавров И.И., 2002, Хандсфилд Х., 2004).

სგგი-ის ფართო გავრცელების მიზეზები დიდი ხანია იქცევა სპეციალისტების ყურადღებას. ბოლო წლებში საზღვარგარეთის ქვეყნებში შესრულებულია მრავალი სამეცნიერო კვლევა ამ პრობლემასთან დაკავშირებით. იმ მნიშვნელოვანი ფაქტორების რიცხვს, რომლებიც განსაზღვრავენ სგგი-ით ავადობას, მიეკუთვნებიან: ურბანიზაცია, ცხოვრების სოციალურ-ფსიქოლოგიური პირობების შეცვლა, მოსახლეობის მიგრაცია (Baker S.A., Monsou D.M., 2000, Wellings K., Nanchahal K. et al. 2001, Рубинс А., Рубинс С., 2004).

სგგი-ის საყოველთაო მატების ფონზე ეს პრობლემა საქართველოში იძენს მკვეთრად გამოხატულ ხასიათს. უკანასკნელ ათწლეულში შექმნილმა სოციალურმა და ეკონომიკურმა არასტაბილურობამ, ცხოვრების დაბალმა დონემ განაპირობა საზოგადოებაში (განსაკუთრებით ახალგაზრდებს შორის) რიგი ნეგატიური ტენდენციების განვითარება: ადრეული სექსუალური დებიუტები, ოჯახური და საქორწილო ურთიერთობების შესუსტება, სექსუალურ დანაშაულთა რიცხვის ზრდა, სუსტი რეპროდუქციული კულტურა. ამრიგად, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები მიკროსოციალური გარემოს ზემოქმედებით განპირობებული სექსუალური ქცევების შედეგია, რომლებიც დაკავშირებულია ისეთ რისკ ფაქტორებთან, როგორიცაა სქესობრივი ცხოვრების დაწყება ადრეულ ასაკში, ნარკომანია და ალკოჰოლის ჭარბი რაოდენობით მოხმარება, დევიანტური და დელინკვენტური ქცევები, უსაფრთხო სექსის შესახებ ინფორმაციის არ არსებობა და სხვა.

ყველა ჩამოთვლილი რისკ-ფაქტორების ურთიერთქმედების შედეგად იქმნება მათი ურთიერთგამლიერების ცნობილი ეფექტი, რომელიც ხელს უწყობს სგგი-ის «ეპიდემიურ აფეთქებებს». ხდება სგგი-ის გავრცელების მუდმივი ეპიდემიოლოგიური არხების ფორმირება, განსაკუთრებით რისკ-ჯგუფებში.

მოსახლეობის სექსუალური განათლების ჩამოყალიბებელი სისტემა, ამ საკითხზე შეუთანხმებლობა მნიშვნელოვნად აფერხებს ახალგაზრდობის სექსობრივ აღზრდას, რის გამოც იგი ხდება სგგი-ის გავრცელების ნომერ პირველი რისკის ჯგუფი.

ჩვენს ქვეყანაში წინა წლებში არ ხდებოდა იმ პირთა აღრიცხვა, რომლებიც განმეორებით დაავადებულნი იყვნენ სგგი-ით და არსებითად წარმოადგენდნენ რისკის ჯგუფს. ეს მდგომარეობა რჩებოდა 2000 წლამდე. შემდგომ წლებში სგგი-ით ავადობის მატებამ განაპირობა სპეციალისტების დაინტერესება ამ კატეგორიის პაციენტებში ინფექციების გავრცელების მიზეზებით, თუმცა საკითხის მეცნიერული ანალიზი არ ჩატარებულა. შექმნილი სიტუაციის გამო სგგი-ის გავრცელების შესწავლა და მასზე კონტროლი, სოციალური და ფსიქოლოგიური მახასიათებლების ანალიზი მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფებში, განსაკუთრებით განმეორებით დაავადებულებში, ხდება ნაციონალური ხასიათის პრიორიტეტული ამოცანა.

**კვლევის მიზანი და ამოცანები.** ნაშრომი მიზნად ისახავს 2000-2005 წლებში საქართველოში სექსობრივი გზით გადამდები ინფექციებით დაავადებულთა ეპიდემიოლოგიური, სოციალური და პიროვნული მახასიათებლების ანალიზს.

ამ მიზნის განსახორციელებლად ჩამოყალიბებული იქნა შემდეგი კონკრეტული ამოცანები:

1. საქართველოში სიფილისით, გონორით, ტრიქომონიაზით და ქლამიდიოზით ავადობის ინტენსიური მაჩვენებლების შესწავლა 2000-2005 წლებში 100 000 სულ მოსახლეზე სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით.
2. სგგი-ით პირველად და განმეორებით დაავადებულებში სოციალურ-ფსიქოლოგიური თავისებურებების გამოვლენა და მათი შედარება ჯანმრთელ ჯგუფთან.

3. სგგი-ით განმეორებით დაავადებულებში სექსუალური ქცევის თავისებურებების გამოვლენა და მათი შედარება პირველად დაავადებულებთან.
4. სგგი-ით განმეორებით დაავადების განმაპირობებელი სქესობრივი ქცევის სტერეოტიპების ფორმირების ძირითადი კანონზომიერებების გამოვლენა.
5. სგგი-ის თავიდან ასაცილებლად მიმართული სამედიცინო, სოციალურ და პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა კომპლექსის შემუშავება.

**ნაშრომის მეცნიერული სიახლე.** პირველად:

- ჩატარდა კომპლექსური კვლევა ბოლო 5 წლის განმავლობაში სიფილისით, გონორეით, ტრიქომონიაზით და ქლამიდიოზით ავადობის ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის შესაფასებლად.
- შესწავლილ იქნა სგგი-ით დაავადებულთა ეპიდემიოლოგიური, პიროვნული და სოციალურ-ფსიქოლოგიური თავისებურებანი.
- შესწავლილ იქნა სგგი-ით განმეორებით დაავადებულთა სქესობრივი ქცევის სტერეოტიპების განმსაზღვრელი ფაქტორები.
- შემუშავებულ იქნა საქართველოს ჯანდაცვის პრაქტიკულ ქსელში სგგი-ით განმეორებითი დაავადებების პროფილაქტიკისათვის საჭირო წინადადებები.

**ნაშრომის პრაქტიკული ღირებულება.** ჩატარებული კვლევის შედეგად რაციონალიზებულია სიფილისით, გონორეით, ტრიქომონიაზით, ქლამიდიოზით ავადობის აღრიცხვის არსებული სქემა;

შემუშავებული იქნა პროგრამა სპეციალიზებული სამკურნალო-პროფილაქტიკური ცენტრის შესაქმნელად ახალგაზრდებისათვის და მოზარდებისათვის, მასში შემავალი საგანმანათლებლო სტრუქტურითა და «ნდობის ტელეფონით.»

**პრაქტიკაში დანერგვა.** შრომის შედეგები დანერგილია სს კანისა და ვენსნეულებათა ს/კ ინსტიტუტში. დისერტაციის ძირითადი დებულებები შევიდა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტისა და სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის კანისა და ვენსნეულებათა კათედრების სალექციო კურსში.

**ნაშრომის აპრობაცია.** ნაშრომის ძირითადი დებულებები მოხსენებულია მედიკოსთა XVIII და XIX საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკულ კონფერენციებზე

«კლინიკური და ექსპერიმენტული მედიცინა» (ქობულეთი, 23-30.07..2005წ. და ბაკურიანი, 4-11.03.2006წ.), თბილისის დერმატო-ვენეროლოგთა სამეცნიერო-პროფესიული საზოგადოების II და III სამეცნიერო-პრაქტიკულ კონფერენციებზე, I ქართულ საერთაშორისო მეცნიერულ-პრაქტიკულ კონფერენციაზე, (თბილისი, 11.03.2005წ.), IV აზერბაიჯანულ საერთაშორისო მეცნიერულ-პრაქტიკულ კონფერენციაზე (ბაქო, 3.11.05წ.). დისერტაციის აპრობაცია შედგა სს კანისა და ვენერულ სნეულებათა სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის სამეცნიერო საბჭოს გაფართოებულ სხდომაზე (05.05.2006წ, ოქმი 17).

**პუბლიკაციები.** დისერტაციის თემაზე გამოცემულია 7 ნაშრომი.

**დისერტაციის მოცულობა და სტრუქტურა.** ნაშრომი განთავსებულია კომპიუტერზე ნაბეჭდ 136 გვერდზე, შედგება შესავლის, ლიტერატურის მიმოხილვის, საკუთარი გამოკვლევების 3 თავის, მიღებული შედეგების განხილვის, დასკვნებისა და გამოყენებული ლიტერატურის საძიებლისაგან. დისერტაცია შეიცავს 27 ცხრილსა და 27 სურათს. გამოყენებული ლიტერატურის საძიებელი მოიცავს მშობლიური და საზღვარგარეთის ლიტერატურის 177 წყაროს.

## **1. ლიტერატურის მიმოხილვა**

### **1.1 სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით (სგგი) ავადობის დინამიკა და ტენდენციები საზღვარგარეთის ქვეყნებში**

ტერმინმა «ვენერიული დაავადებანი», რომელიც 4 კლასიკურ ინფექციას (სიფილისი, გონორეა, რბილი შანკრი, საზარდულის ლიმფოგრანულომატოზი) აერთიანებდა მათი გამომწვევის გავრცელების საერთო, უპირატესად სქესობრივი გზის მიხედვით, პრაქტიკულად შეწყვიტა თავისი არსებობა. 1982 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მიერ შემოთავაზებული იქნა ახალი ტერმინი «სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები (სგგი), რომელიც ამავე პრინციპის საფუძველზე აერთიანებს უკვე 35-ზე მეტ დაავადებას განსხვავებულს როგორც ეტიოლოგიის, პათოგენუზის, ისე მკურნალობის მეთოდების მიხედვით. აღნიშნული

ინფექციების ეპიდემიოლოგია და კლინიკური გამოვლინებანი საკმაოდ კარგად არის შესწავლილი, რამაც თავისი ასახვა ჰპოვა მრავალ სახელმძღვანელოსა და ცნობარში (Скрипкин Ю.К. и соавт., 2001; Мавров И. 2002; Козлова В.И., Пухнер А.Ф. 2003)& სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების აგენტები მიეკუთვნებიან ბაქტერიების, ვირუსების, უმარტივესების, სოკოებისა და ექტოპარაზიტების კატეგორიებს. ამასთან, 8 მათგანი აღმოჩენილია უკანასკნელი 25 წლის განმავლობაში (Taylor-Robinson, 2000). სგგი-ს შეუძლიათ ხანმოკლე ვადებში ადამიანთა მნიშვნელოვანი კონტინგენტი დააინფიცირონ. ამის მაგალითს წარმოადგენს სიფილისისა და სხვა სგგი-ის ეპიდემიური აფეთქება რუსეთში 1990-1999 წლებში.

თანამედროვე ვენეროლოგიის ძირითადი პრობლემებია:

- სგგი-ის ეპიდემიური აფეთქებები;
- დაავადებულთა ასაკის მკვეთრი გაახალგაზრდავება;
- სგგი-ით დაავადებულთა სოციალური და ქონებრივი სტატუსის მკვეთრი ცვლილება.
- შიდსის აფეთქების მატების ალბათობა; რამდენადაც სგგი-ის ზრდა, რომელთაც თან ახლავს კანის საფარის მთლიანობის რღვევა (სიფილისი, ჰერპესი) ზრდის ვირუსის სისხლში შეღწევის შესაძლებლობას;
- ავადმყოფთან ერთდროულად რამოდენიმე ინფექციის არსებობა, განსხვავებულის როგორც სადიაგნოსტიკო, ასევე მკურნალობის მეთოდებით (მიქსტ-ინფექციები), რამაც შეიძლება მიგვიყვანოს არაადექვატურ და არადროულ მკურნალობამდე;
- თანამედროვე პირობებში სგგი-ის რეგისტრაციისა და მათზე კონტროლის დაწესების სირთულე (მოსახლეობის მიგრაცია, სგგი-ის მკურნალობის შესაძლებლობა სპეციალიზირებული სამედიცინო დაწესებულებების მიღმა). (Скрипкин Ю.К. 2001., Абдуллах А.С.М, Эбрахим Ш.Х. и соавт. 2004).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სტატისტიკური მონაცემებით მსოფლიოში ყოველწლიურად რეგისტრირდება სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების 340 მილიონი ახალი შემთხვევა. აქედან ტრიქომონიაზის 174 მილიონი

შემთხვევა, უროგენიტალური ქლამიდიოზის – 92 მილიონი, გონორეის – 62 მილიონი, სიფილისის – 12 მილიონი.

ჩვენთვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით ავადობის მაჩვენებლების შესწავლა საქართველოს მოსახლურ ქვეყნებში. უკანასკნელ წლებში რუსეთის ფედერაციაში ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია სგგი-თან მიმართებაში საშიშ ხასიათს იღებს. მოსახლეობის ავადობამ 2000 წელს 793,9 შემთხვევა შეადგინა 100 000 სულ მოსახლეზე (Тихонова Л.И., 2001), ყველაზე პრობლემურია სიფილისი, რომლის ავადობის მაჩვენებელმა 186,7 შემთხვევა შეადგინა 100 000 სულ მოსახლეზე და 43-ჯერ გადააჭარბა 1989 წლის მაჩვენებელს, მაღალი რჩება ტრიქომონიაზით ავადობის დონე – 327,3, ქლამიდიოზით – 124,8 და გონორეით – 119,8 შემთხვევა. გაიზარდა სგგი-ით ავადობის მაჩვენებელი ბავშვებსა და მოზარდებში. (რუსეთის ფედერაციის ჯანდაცვის სამინისტროს ბრძანება, 2001). სანქტ-პეტერბურგში აღინიშნება სიფილისის გვიანი ფორმების ზრდა 58%-მდე; ვოლგისპირეთსა და ჩრდილოეთ კავკასიაში სგგი-ით ავადობა 3,5-ჯერ გაიზარდა; სტავროპოლის მხარეში 1986 დან 1999 წლის ჩათვლით ყველა ადმინისტრაციულ ტერიტორიაზე აღინიშნებოდა სგგი-ით ავადობის სიხშირის ზრდა საშუალოდ 17,3-ჯერ (Чеботарев В.В.,2001)&

უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში სგგი-ის გავრცელების დონე მაღალია ჩრდილო ოსეთის რესპუბლიკაშიც. სიფილისით ავადობის ინტენსიურმა მაჩვენებელმა 1998 წელს 58,3 შემთხვევა შეადგინა 100 000 სულ მოსახლეზე, ხოლო 1999 წლისათვის რესპუბლიკაში გამოვლენილი ავადობის მაჩვენებლის ერთგვარი კლება (43,4) არ ასახავს სიფილისით ავადობის რეალურ მაჩვენებელს იმდენად, რამდენადაც, ამ წლებში ჩრდილოეთ ოსეთის რესპუბლიკაში გახსნილი არასახელმწიფო დერმატოვენეროლოგიური დაწესებულებები არ აწარმოებდნენ სტატისტიკურ აღრიცხვას (Базаев В.Т. 2002).

ანალოგიური ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია შეინიშნება უახლოესი საზღვარგარეთის ქვეყნებში. სიფილისით ავადობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი რეგისტრირებულია ყაზახეთში (230,6), ბელორუსიაში (210,0), მოლდოვაში (200,1). ამ მაჩვენებლის მიხედვით, უკეთესი მდგომარეობა აღინიშნება უზბეკეთსა (23,7) და



ტაჯიკეთში (12,2). სგგი განსაკუთრებით სერიოზულ დემოგრაფიულ, ეკონომიკურ და სოციალურ პრობლემას წარმოადგენს აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებისათვის, სადაც არ არსებობს სგგი-ის პროფილაქტიკისა და მათზე კონტროლის ეფექტური სახელმწიფო პროგრამები. ბულგარეთში და რუმინეთში ეს მაჩვენებელი შესაბამისად შეადგენს 28,5-ს და 25,9-ს (სახელმწიფოთაშორისი თათბირი, 1999). ირლანდიაში 1986 წლიდან 2001 წლის ჩათვლით გონორეის დიაგნოზით რეგისტრირებულ შემთხვევათა რაოდენობა გაიზარდა 320%-ით. ავსტრიაში 2000 წელს რეგისტრირებული იყო გონორეის 414, ხოლო 2002 წელს 995 შემთხვევა (2,3-ჯერ მეტი), ავადობის მატება აღინიშნებოდა როგორც ქალებში, ასევე მამაკაცებში. შვეციაში 2002 წელს გონორეის დიაგნოზით რეგისტრირებულ შემთხვევათა 44,8% აღინიშნებოდა მამაკაცებში, რომლებსაც ჰქონდათ სექსი მამაკაცებთან. დანიაში 2001 წელს გონორეით ავადობის ინტენსიურმა მაჩვენებელმა შეადგინა 443,3 შემთხვევა (Johansen JD, Smith E. 2002), ხოლო უროგენიტალური ქლამიდიოზით - 13-14 ათასი შემთხვევა (Hoffmann S. 2001). შოტლანდიაში ქლამიდიოზით დაავადებულთა რაოდენობა 2000-2001 წლებში გაიზარდა 17%-ით (10 636-დან 12 392-მდე), მათ შორის 16%-ით გაიზარდა მამაკაცებში, ხოლო 20%-ით ქალებში. ვინაიდან ქლამიდიოზი ხშირ შემთხვევაში უსიმპტომოდ მიმდინარეობს, ამ დაავადების ეპიდემიოლოგიის შეფასება ბევრად არის დამოკიდებული ავადობის სპონტანურ შესწავლაზე. Wilson J.S-მა კვლევის შედეგად დაადგინა, რომ იმ ქალთა 1,7-17%-ს, რომლებმაც არ გაიარეს სკრინინგული მეთოდებით შემოწმება აქვთ უროგენიტალური ქლამიდიოზი. ე. ვენაში წვევამდელთა 4,1%-ს დაუდგინდა ქლამიდიოზური ურეთრიტი, შარდის ამპლიფიკაციური მეთოდით გამოკვლევისას. ბელგიაში 2000-2002 წლებში სიფილისით ავადობის რიცხვი 3,5 ჯერ გაიზარდა. ავადობის ზრდა ძირითადად აღინიშნებოდა მამრობითი სქესის პაციენტებში. (Фентон К.А., Лоундес К.М. 2004).

ისეთ განვითარებულ ქვეყანაში, როგორცაა აშშ, შენარჩუნებულია სგგი-ით ავადობის მაღალი დონე. ოფიციალური მონაცემებით, აშშ-ში სგგი-ით ყოველწლიურად ავადდება 12-20 მლნ ადამიანი. ამ ინფექციებთან დაკავშირებული

ხარჯები კი, წელიწადში დაახლოებით, 8 მილიარდ ამერიკულ დოლარს შეადგენს (აშშ-ს ნაციონალური კონფერენციის პრეს-ანალიზი, 07.12.2000).

აშშ-ში 15-20 წლის ასაკის ინდივიდთა 29,8% საჭიროებს მკურნალობას სგგი-ის გამო; ყოველწლიურად რეგისტრირდება ნაადრევი მშობიარობის 100 000 და ნაყოფის პერინატალური სიკვდილიანობისა და თანდაყოლილი მანკების 5 000 შემთხვევა, რაც დედების სგგი-ით ავადობას უკავშირდება. ინგლისში, სადაც სგგი-ის გავრცელების დაბალი დონეა, მეძავი ქალების ავადობის მაჩვენებელი შეადგენს 14-44%-ს. აზიის ქვეყნების (ინდოეთი, ტაილანდი) მოსახლეობაში სგგი-ის გავრცელების სიხშირე 20,1%-ს აღწევს; საჰარის სამხრეთით განლაგებული აფრიკის ქვეყნების მოსახლეობაში სიფილისი და გონორეა საერთო ავადობის დაახლოებით 7%-ს შეადგენს, რაც ბევრად აღემატება ტუბერკულოზით ავადობის მაჩვენებელს. (Day, Ward^ 1997)&

მეცნიერულ კვლევათა ანალიზმა, რომლებიც შეისწავლიდნენ განმეორებით დაავადებულ ინდივიდთა შორის სგგი-ით ავადობის დინამიკასა და ტენდენციას აჩვენა, რომ ამ საკითხისადმი მიძღვნილი პუბლიკაციები მცირერიცხოვანია. ასეთი პუბლიკაციები ძირითადად ბოლო წლებში გაჩნდა (Кунцевич и соавт. 1996; Скрипкин и соавт., 1996; Малова и соавт., 1996 Фентон К.А. 2004). მოცემული პრობლემის სრული ანალიზი არც ერთ მისაწვდომ შრომაში არ გვხვდება, რადგან, ავადმყოფთა აღნიშნული კონტინგენტი, როგორც წესი, შეისწავლებოდა სგგი-ით პირველად დაავადებულებთან ერთად.

ვინაიდან მთელ მსოფლიოში, და კერძოდ საქართველოში აღინიშნება სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით ავადობის ზრდა, ხოლო განმეორებით დაავადებულ პირთა ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა, რომლებიც პოპულაციაში სგგი-ის გავრცელების მუდმივ წყაროს წარმოადგენენ, ნაკლებად არის შესწავლილი, აუცილებელია აღნიშნული საკითხების სიღრმისეული კვლევა.

## 1.2. მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფთა, მათ შორის განმეორებით დაავადებულთა, სექსუალური ქცევის განმსაზღვრელი ფაქტორების ზოგადი დახასიათება

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები წარმოადგენს მნიშვნელოვან სოციალურ პრობლემას, მათთან მიმართებაში ხაზგასმულია, რომ სგგი პირდაპირ კორელირებენ საზოგადოებაში მიმდინარე სოციალურ ცვლილებებთან. ინფექციათა ეს ჯგუფი შეიძლება მიეკუთვნოს «სოციალური მედიცინის» განხრას, თუ გავითვალისწინებთ მათ უარყოფით გავლენას რეპროდუქციულ ფუნქციაზე, სოციალურ და ოჯახურ სტრუქტურაზე.

გარდა ამისა, სგგი-ის კონტროლი არ უნდა შემოიფარგლოს მხოლოდ მედიცინის სფეროთი. აზრი არა აქვს სგგი-ის კონტროლის სტრატეგიის შემუშავებას, თუ არ არსებობს სახელმწიფო დაფინანსების პროგრამები, რომლებიც უზრუნველყოფენ სხვადასხვა სახის სამსახურების მომარაგებას, საგანმანათლებლო ღონისძიებების ჩატარებას, მოსახლეობის დახმარების ახალი ორგანიზაციული ფორმების შექმნას სამედიცინო და სოციალური პროგრამების ჩართვით (Adler M.W. 1996; Dehne K.L. et al.,2000).

სგგი-ის ეპიდემიოლოგიის შესწავლისას მეცნიერები, ერთსულოვნად გამოყოფენ ყველა შესაძლო «რისკის ჯგუფიდან» ბავშვთა და მოზარდთა ჯგუფს, როგორც სგგი-ით პირველადი ინფიცირებისადმი ყველაზე მგრძობიარეს, გამომდინარე მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლიდან, და აგრეთვე მათზე სოციალურ-ბიოლოგიური, სანიტარულ-ჰიგიენური და სამედიცინო-ორგანიზაციული ფაქტორების ზედავლენიდან (Лузан Н.В. 1997; Brown, 2000; Mitchell et al.,2001).

უკანასკნელ წლებში «რისკ-ჯგუფად» გამოყოფენ აგრეთვე სგგი-ით განმეორებით დაავადებულ პირთა ჯგუფს (Соколовский и соавт., 1999; Fjumara, 1999).

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები სხვა ინფექციებთან შედარებით უფრო მეტად განიცდიან გარემო ფაქტორების გავლენას. გარემო ფაქტორების მთელი კომპლექსი, რომელიც ზეგავლენას ახდენს ცალკეულ ქალაქში, რეგიონში და მთლიანად ქვეყანაში შექმნილ, სგგი-ით განპირობებულ ეპიდემიოლოგიურ სიტუაციაზე, შეიძლება რამოდენიმე დიდი ქვეჯგუფად დაიყოს:

– მიკროგარემოს ფაქტორები (მიკრობიოლოგიური, იმუნოლოგიური, ენდოკრინული და სხვა);

– სუბიექტის ქცევის განმსაზღვრელი ფაქტორები (ფსიქოლოგიური, კულტუროლოგიური, მატერიალური და სხვა);

– სოციალური ძვრები საზოგადოებაში (სახელმწიფოებრივი მოწყობა, სოციალური დაცვა, სტაბილურობა და სხვა).

სხვადასხვა ავტორები განსხვავებულად უდგებიან ფაქტორების გაერთიანებას ცალკეულ ჯგუფად. ზოგიერთი მათგანი, იმ ფაქტორთა კომპლექსს, რომლებიც ადამიანის ჯანმრთელობაზე ახდენენ ზემოქმედებას, ყოფენ სოციალურ-ბიოლოგიურად, სოციალურ-ჰიგიენურად და საორგანიზაციოდ (Веселов, 1995). ზოგიერთები კი (Юрьев, 1996) გამოყოფენ სოციალურ, სამედიცინო-ჰიგიენურ და სამედიცინო-საორგანიზაციო ჯგუფებს.

ჩვეულებრივ, სოციალურ-ჰიგიენურ ფაქტორებს შორის განასხვავებენ ცხოვრების პირობებს (ობიექტური მხარე, რომელიც არ არის დამოკიდებული ადამიანის ნებაზე) და ცხოვრების წესს (ადამიანის ქცევის სუბიექტური მხარე). ეს კარგად ვლინდება ზრდასრული ადამიანის ცხოვრებაში. მოზარდებთან მიმართებაში ეს კომპონენტები მნიშვნელოვნად უახლოვდება ერთმანეთს იმდენად, რამდენადაც ცხოვრების წესის არჩევის უფლება არასრულწლოვანისათვის მისი ოჯახის სტერეოტიპის ჩარჩოებით შემოიფარგლება. ამდენად, მედიცინის ყურადღების ცენტრში დგას ოჯახის სოციალური შესწავლა, რადგან ოჯახი წარმოადგენს სქესთა შორის ურთიერთობის პირველ მაგალითს, რაც შემდგომში თავს იჩენს ზრდასრული ადამიანის ცხოვრებაში (Юрьев, 1999).

შემუშავებულია ოჯახის სოციალურ-ჰიგიენური გამოკვლევის კომპლექსური პროგრამა, რომელიც მისი ცხოვრების ყველა მხარეს (მატერიალური უზრუნველყოფა, საცხოვრებელი პირობები, კვების სტრუქტურა, ბავშვთა აღზრდა, შიდაოჯახური ურთიერთობები, სამედიცინო აქტიურობა და სხვ.) მოიცავს.

ბოლო დროის მეცნიერულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ როგორც ზრდასრული მოსახლეობის, აგრეთვე ბავშვებისა და მოზარდების ჯანმრთელობის მდგომარეობა

სერიოზულ შემფოთებას იწვევს, რაც განპირობებულია სამედიცინო და სოციალური ფაქტორებით. (Solnit A.J.1995; Muran D. 1995).

ცხოვრების წესისა და ოჯახში ურთიერთდამოკიდებულების გავლენა ხაზგასმით აღინიშნება მრავალი თანამედროვე უცხოელი ავტორის მიერ. მათ შრომებში დაწვრილებით არის შესწავლილი იმ ადამიანთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა, რომლებიც ბავშვობაში ძალადობას, ოჯახში ცუდ დამოკიდებულებას განიცდიდნენ.

ცხოვრების ჯანსაღი წესი წარმოადგენს სექსუალური ქცევის პოზოტიური სტერეოტიპის კომპონენტს, მაგრამ ადამიანთა მნიშვნელოვანი ნაწილისათვის, მეტწილად ახალგაზრდობისათვის, ასეთი მისწრაფება არ შედის ძირითად ფასეულ ორიენტაციათა რიცხვში (Навродский А.Л, 1997).

სამედიცინო-სოციალური და სოციალურ-ბიოლოგიური ფაქტორების გავლენა გოგონათა სქესობრივ განვითარებასა და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე დაწვრილებით არის განხილული იურიევას (Юрьева, 1995) სადოქტორო დისერტაციაში. ავტორის მიერ მოცემულია მოზარდებში (ქალიშვილებში) ჯანმრთელობის მდგომარეობის, ფიზიკური და სქესობრივი განვითარების რაოდენობრივი შეფასება სამედიცინო-სოციალურ ფაქტორთა კომპლექსთან კავშირში, რომლებიც გავლენას ახდენენ ამ მაჩვენებლებზე; გაანალიზებულია მოზარდების ავადობა, რომელიც განსაზღვრავს მათ რეპროდუქციულ ფუნქციას; დახასიათებულია უარყოფითი ტენდენციები რეპროდუქციული ქცევის ფორმირებაში, შესწავლილია «დედობრივი ინსტიქტის» ფორმირების პროცესი, სქესობრივი აღზრდისა და სექსუალური ქცევის განმსაზღვრელი ძირითადი სამედიცინო-სოციალური პრობლემები.

მეცნიერები სგგი-ს მიაკუთვნებენ «ქცევის დაავადებებს», მოუთითებენ რა მათ პირდაპირ კავშირზე ადამიანის ცხოვრების წესთან. მძიმე მატერიალური პირობები, ალკოჰოლთან დაკავშირებული ყოფა, არასრული ოჯახები, რომლებშიც სექსუალურობის ემოციური გადახრები შეინიშნება, უახლოესი გარემოცვის განათლების დაბალი ცენზი, უმეტვალყურეობა, თავისუფალი დრო, რომელიც

არაფრით არ არის დაკავებული. ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი სგგი-ით ინფიცირების მაპროვოცირებელ ფაქტორებს წარმოადგენენ (Parcer D.A.,1995).

მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფებში სქესობრივი ქცევისა და სგგი-ის დონესთან მისი კორელაციის შესწავლის საფუძველზე ხაზი უნდა გავუსვათ იმ გარემოებას, რომ სგგი წარმოადგენს მიკროსოციალური გარემოს ზეგავლენით ფორმირებული სქესობრივი ქცევის შედეგს, რომელიც თანხვედრილია რისკის ისეთ ფაქტორებთან, როგორცაა სქესობრივი ცხოვრების ადრეულ ასაკში დაწყება, ალკოჰოლითა და ნარკოტიკებით გატაცება, დევიანტური და დელინქვენტური ქცევა, უსაფრთხო სექსის შესახებ ინფორმაციის არარსებობა (Прохоренков В.И. и соавт., 1996; Камалдинов Д.О., 1996; Chilman C.S. 1998).

სოციალურმა აპათიამ, პასიურობამ, მოსახლეობის ნაწილის ინერტულობამ სექსუალური სფეროს აქტივიზაცია გამოიწვია. სექსი, ალკოჰოლი და ნარკოტიკები თავისებურ კომპენსაციად იქცა, რომელიც რეალობიდან გაქცევისა და გართობის შესაძლებლობას იძლევა (Прохоренко В.И. и соавт., 1996).

ისეთ სოციალურ, პოლიტიკურ და ეკონომიკურ პირობებში, რომლებიც ხელს უწყობენ უმუშევრობისა და დამნაშავეობის ზრდას, ადამიანები ცდილობენ ხსნა ნარკოტიკების სამყაროში ჰპოვონ. ახალგაზრდა რუსების ხუთ მილიონს უკვე გასინჯული აქვს ნარკოტიკები, მათგან 500 ათასი ნარკოტიკების რეგულარული მომხმარებელია.

მრავალი ავტორი სგგი-ით ინფიცირების ხელშემწყობ არასასურველ ფაქტორებს შორის გამოყოფს, ეგრეთ წოდებულ «პირველად ინტოქსიკაციებს» - ალკოჰოლის მოხმარებას, ნარკოტიკებისა და ტოქსინების მიღებას (Molnar J, 1998).

თუ გავითვალისწინებთ იმ გარემოებას, რომ ასაკი, როდესაც ბიჭები იწყებენ თამბაქოს წევასა და ალკოჰოლის მიღებას შემცირდა საშუალოდ 10-11 წლამდე, ხოლო იმატა მოზარდებში ტოქსიკომანიისა და ნარკომანიის რიცხვმა, შეიძლება ვისაუბროთ იმაზე, რომ დღეისათვის სახეზე გვაქვს ძალზე არასახარბიელო სიტუაცია სგგი-ით ინფიცირებასთან და მომავალი თაობების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებასთან დაკავშირებით. (Westrom, 1996).

მოსახლეობის სქესობრივი ცხოვრების ნაადრევი დაწყების ძირითადი მიზეზი გახდა ქცევითი რეაქციების სტერეოტიპების ცვლილება, რაც განპირობებულია პროსტიტუციის, ძალადობის და პრომისკუიტეტული სქესობრივი კავშირების რიცხვის ზრდით. ყოველივე ამას ხელს უწყობს სექსუალური ძალადობის, პორნოგრაფიისა და სექსუალური გადახრების აქტიური პროპაგანდა მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებით (Скрипкин и соав.,1996).

რაც შეეხება სქესობრივი ცხოვრების ადრეულ ასაკში დაწყებას, იგი სგგი-ით დასწებოვნების წინაპირობას წარმოადგენს. ევროპის ქვეყნებში 18 წლამდე ასაკის ახალგაზრდებში სქესობრივი ურთიერთობის გამოცდილება ვაჟების 50%-ს და ქალიშვილების 33%-ს აქვს. ამერიკელ მეცნიერთა მონაცემებით, გოგონათა 80%-მა 14-17 წლის ასაკიდან დაიწყო სქესობრივი ცხოვრება, იმატა ქორწინებამდე სექსუალური კონტაქტების რიცხვმა. (Gemme R. et Crepault, 1996).

სქესობრივი ცხოვრების ადრეულ ასაკში დაწყება ხშირად იწვევს არასასურველ ორსულობას, სპონტანურ აბორტებს, მშობიარობის დროს გართულებებს, რაც მოზარდის ორგანიზმს მნიშვნელოვან ზნეობრივ-ფსიქიკურ ზიანს აყენებს, იწვევს სექსუალური ქცევის ნეგატიური სტერეოტიპის გამყარებას და ბოლოს, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით დაინფიცირებას (Лузан Н.В., 1997).

ექიმები, ფსიქოლოგები და სოციოლოგები სქესობრივი ცხოვრების ნაადრევ დაწყებას სქესობრივი მომწიფების ასაკის დაქვეითებით ხსნიან, რაც მჭიდროდ არის დაკავშირებული აქსელერაციასთან. ეს ტენდენცია განსაკუთრებით ქალაქში მცხოვრებ მოზარდებში არის გამოხატული. ბიჭებში ოიგარხეს დადგომის საშუალო ასაკი 15,6 წელია, გოგონებში 12,5-13,8 წელი (Малахова и соавт., 1995; Лосева, 1996). XX საუკუნის განმასხვავებელ თავისებურებას ბავშვებსა და მოზარდებში ფიზიკური და სქესობრივი ნიშნების დაჩქარება წარმოადგენს, რაც იწვევს მეორადი სასქესო ნიშნების უფრო ადრეულ ფორმირებას (Muran D. 1995).

ფსიქო-სექსუალურ განვითარებაში აქსელერაცია იმ განხეთქილების გაღრმავებით ვლინდება, რომელიც არსებობს სქესობრივი უნარის ფორმირებასა და პიროვნულ და სოციალურ მომწიფებას შორის. თანამედროვე 15-16 წლის მოზარდების სოციალური სტატუსი, რომლებიც თავისი ფიზიკური და სქესობრივი

განვითარების მიხედვით 30-იანი წლების 18-19-წლიანებს შეესაბამებოდა, უკეთეს შემთხვევაში უცვლელი რჩება (Личко А.Е., 1997).

იმ უმნიშვნელოვანეს ფაქტორთა შორის, რომლებიც გავლენას ახდენენ სგგი-ის დინამიკაზე, მითითებულია ურბანიზაცია, ცხოვრების სოციალურ-ეკონომიკური პირობების შეცვლა, მოსახლეობის მიგრაცია. მოსახლეობის მიგრაციული აქტივობა განსაკუთრებულ საფრთხეს უქმნის ადამიანის ჯანმრთელობას, ვინაიდან, მოსახლეობა ძირითადად აივ-ით და სგგი-ით ავადობის მაღალი მაჩვენებლის მქონე რეგიონებიდან ემიგრირებს, ან ამ რეგიონების წარმომადგენლებთან ამყარებს სქესობრივ კავშირს, რითიც ზრდის თვითდაინფიცირების რისკს.

ჩრდილო კავკასიაში, სადაც ჩეჩნეთის ომმა და ბოლო წლებში შექმნილმა არასტაბილურმა მდგომარეობამ გამოიწვია მოსახლეობის მაღალი მიგრაცია, გადასახლდებულ პირთა 44%-63%-ს დაუდგინდათ ვენერიული დაავადება (Чеботарев В.В, 1996; Ефимочкина Т.К).

ყველა ჩამოთვლილი რისკ-ფაქტორების ურთიერთქმედების შედეგად იქმნება მათი ურთიერთგაძლიერების ცნობილი ეფექტი, რომელიც ხელს უწყობს სგგი-ის «ეპიდემიურ აფეთქებებს». ხდება სგგი-ის გავრცელების მუდმივი ეპიდემიოლოგიური არხების ფორმირება, განსაკუთრებით რისკ-ჯგუფებში.

კომპლექსური მიდგომა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საკითხების გადაწყვეტაში შესაძლებელია მხოლოდ ადამიანის სექსუალური ქცევის ფორმირების ფსიქოლოგიური ასპექტების შესწავლის შემდეგ. სექსუალური აქტივობის ასაკში (16-45) ადამიანებს ცხოვრების წესში უკვე აქვთ საკუთრივ მათთვის დამახასიათებელი თავისებურებანი, ფასეულობები, თვალსაზრისები, ქცევის ეტალონები. ამიტომ ისინი შეიძლება განვიხილოთ როგორც მოსახლეობის სპეციფიკური, ეგრეთ წოდებული «დიდი» სოციალური ჯგუფი (Kozakiewicz M. 1998).

უკანასკნელ წლებში ჩვეულებრივ, «სექსუალურად აქტიური პირები»-ის ცნებაში გულისხმობენ მოზარდობის ასაკსაც, ანუ ადამიანის ბავშვობიდან ზრდასრულ მდგომარეობაში გადასვლის ასაკს. საზოგადოების დიდი ნაწილი მიიჩნევს, რომ ეს ასაკი იწყება პუბერტატული პერიოდით, მაგრამ მათი მოსაზრებები ამ ასაკის დასრულების შესახებ ერთმანეთს არ ემთხვევა. ზოგიერთი ერისათვის



«მოზარდი»-ს ცნება საერთოდ არ არსებობს. მოზარდობის ასაკის ჭეშმარიტი ზედა ზღვარი უნდა განისაზღვროს ორგანიზმის ზრდისა და განვითარების დასრულების მომენტით (Громбах С.М., 1993). ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპარტთა მიერ (Report of WHO, 1997) შემოთავაზებული იქნა ამ ასაკის საზღვრები, სიცოცხლის 10-დან 20-წლებს შორის. უკანასკნელ წლებში ბევრ ქვეყანაში მოზარდობის ასაკი თანხვედრა იურიდიული დამოუკიდებლობის ასაკს – 18 წელს.

ადამიანის ფსიქიურ და ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე დიდ გავლენას ახდენს სექსუალური ურთიერთობები. ბოლო წლებში მსოფლიოში მიმდინარე სოციალურ-კულტურულმა ცვლილებებმა განაპირობეს მამაკაცსა და ქალს შორის სექსუალური ურთიერთობების მნიშვნელოვანი დემოკრატიზაცია. ამან ასახვა ჰპოვა მოზარდების სექსუალურ ქცევაშიც (Kallen D.J., 1997).

ბოლო წლებში მამაკაცსა და ქალს შორის ურთიერთობა გაცილებით უფრო თავისუფალია, ვიდრე რამდენიმე ათწლეულის წინ. სქესობრივი ქცევის ნორმები სწრაფ ევოლუციას განიცდის, იცვლება ტრადიციული წარმოდგენები სქესობრივ ურთიერთობებზე და ამ საკითხის შესწავლა თანამედროვეობის პოზიციებიდან აქტუალური ხდება.

სექსოლოგიის (მეცნიერება «სქესის შესახებ») შექმნამ, რომელშიც სინთეზირებულია ცოდნა ზოგადი ბიოლოგიის, ანტროპოლოგიის, ეთნოგრაფიის, ფილოსოფიის, ფსიქოლოგიის, მედიცინის, კულტუროლოგიის და ადამიანის შესახებ სხვა მეცნიერებებისა, შესაძლებელი გახადა მნიშვნელოვნად გაფართოებულიყო ჩვენი წარმოდგენები ადამიანის ორგანიზმის ყველაზე იდუმალებით მოცულ ფუნქციებზე (Nelson S.N., 1995).

პირველი შრომები, რომლებშიც განხილული იქნა სქესობრივ ცხოვრებასთან დაკავშირებული საკითხები, ეკუთვნით შემდეგ ექიმებს: ვენის უნივერსიტეტის ფსიქიატრიის პროფესორს რიხარდ ფონ კრაფტ-ებინგს; შვეიცარიელ ნევროპათოლოგს, ფსიქიატრსა და ენტომოლოგს ავგუსტ ფორელს; გერმანელ ფსიქიატრებს ალბერტ მოლს და მაგნუს ხირშფელდს; ავსტრიელ ფსიქიატრს, ფსიქოანალიზის მამამთავარს ზიგმუნდ ფრეიდს; ინგლისელ პუბლიცისტს, გამომცემელსა და ექიმს გენრი ხავლოკ ელისს.

რუსეთში სიყვარულის, სქესისა და მათთან დაკავშირებული პრობლემების მეცნიერული შესწავლის პირველ წანამძღვრებს ი. მ. სერენოვისა და ვ. მ. ბეხტერევის შრომები შეიცავს. ამ სფეროში პირველი სამეცნიერო კვლევები მეოცე საუკუნის დასაწყისში ჩატარდა. კვლევების ძირითადი მეთოდი იყო მოსახლეობის ცალკეული ჯგუფების, ძირითადად სტუდენტების, საანკეტო გამოკითხვები. გარდა ამისა, ხშირად გამოიყენებოდა სუბიექტური მხატვრულ-ფსიქოლოგიური მეთოდი, რომელიც მხატვრული ლიტერატურის ნაწარმოებთა ავტორების მიერ გაკეთებული კერძო დაკვირვებების გაერთიანებაში (თავმოყრაში) მდგომარეობდა.

პირველად რუსეთში, სტუდენტთა ანკეტური გამოკითხვა ჩატარდა 1902 წელს ქ. ხარკოვში ვ. ფავრის მიერ; შემდეგ 1904 წელს მ. ჩლენოვის მიერ ქ. მოსკოვში; ხოლო 1907 წელს ლ. ჟბანოვმა ჩატარა ქალთა უმაღლესი კურსების მსმენელთა ანკეტირება. 1907 წელს საშუალო სკოლების მასწავლებელთა 1 ყრილობაზე, რომელიც პეტერბურგის უნივერსიტეტის თაოსნობით ჩატარდა, პირველად დაისვა ახალგაზრდების სქესობრივი აღზრდის საკითხები (Блум Ф., 1998).

საბჭოთა წყობილების პირველ წლებში აქტიურად მიმდინარეობდა სექსოლოგიისა და სქესობრივი აღზრდის, როგორც ახალი სოციალისტური მორალის ნაწილის, პრობლემების დამუშავება. 1922 წელს გელმანმა ჩატარა მოსკოვის უნივერსიტეტის სტუდენტთა გამოკვლევა სექსუალური ცხოვრების დაწყებასა და მის ემოციურობასთან დაკავშირებით. მ. რუბინშტეინმა და ვ. იგნატიევმა გამოიკვლიეს ქალიშვილებში სექსუალური გრძნობის ნაადრევი გაღვიძების მიზეზები, კერძოდ, ცხოვრების ზოგადჰიგიენური ნორმების დარღვევები. ი. გელმანი იკვლევდა ახალგაზრდობის ინფორმირებულობას სქესთან დაკავშირებულ საკითხებში, რის საფუძველზეც გააკეთა დასკვნა, რომ მშობლების, მასწავლებლებისა და ექიმების საგანმანათლებლო როლი ამ მიმართებაში ძალზე დაბალია (მშობლები – 1,1-4%; მასწავლებლები – 1,2-2,4%; ექიმები – 0,4-0,7%).

მაგრამ ადამიანის სექსუალური ქცევა არ შეიძლება განხილული იქნას, როგორც მხოლოდ ლიბიდოს (ლტოლვა) გამოვლენა. სექსუალური გამოვლინებების ფართო წრე დამოკიდებულია არა იმდენად ბიოლოგიურ სქესობრივ მომწიფებაზე და მისით განსაზღვრულ სასქესო ჰორმონების დონეზე, რამდენადაც საზოგადოებაში

არსებულ ტრადიციებზე, კულტურულ ნორმებზე, დოგმებზე, ასაკობრივი და რეფერენტული ჯგუფების შეხედულებებზე (Лосева с соавт., 1996).

ადამიანის ფსიქიკის ფორმირება ხდება მაკროსოციალურ, ანუ დიდი სოციალური ჯგუფების დონეზე. დიდი სოციალური ჯგუფების გამოცდილებას (ტრადიციები, ქცევის განსაკუთრებული ფორმები, კონტაქტის განსაკუთრებული ტიპები, ინტერესები, ფასეულობები, მოთხოვნილებები, სპეციფიკური ენა და სხვა) ინდივიდი ითვისებს მცირე სოციალურ ჯგუფთან ურთიერთობით (კლასი, ეზოს წრე, შრომითი კოლექტივი, ახალგაზრდობის არაფორმალური გაერთიანება). ამდენად, დიდი ჯგუფების სოციალურ-ფსიქოლოგიური ანალიზი შეიძლება განხილული იქნას როგორც ინდივიდის ფსიქიკისა და მისი ქცევის კანონზომიერების შეცნობის «გასაღები». ინდივიდის პიროვნული ფსიქოლოგია შეიცავს თავის თავში იმ ზოგადს, რაც ამა თუ იმ ხარისხით დამახასიათებელია მცირე ჯგუფის ყველა წარმომადგენლისათვის, და აგრეთვე პირადს, მხოლოდ მისთვის დამახასიათებელს (Андреева Г.М, 1996).

აქედან გამომდინარე, სგგი-ით დაავადებულ ადამიანთა სექსუალური ქცევა საჭიროებს მოცემული კონტინგენტის ფსიქოლოგიური სტატუსის შესწავლას, ეს განსაკუთრებით სგგი-ით განმეორებით დაავადებულ ინდივიდებს შეეხება (Кузнецова А.А. 1996).

ფსიქოლოგიურ თავისებურებათა შესწავლის მიზნით, ფსიქოლოგიური ტესტების მეშვეობით, გამოკვლეულ იქნა სგგი-ით დაავადებული 18-დან 30 წლამდე ასაკის 50 ქალი. სგგი-ით დაავადებულ პირებს აღენიშნებოდათ რიგი ისეთი ფსიქოლოგიური თავისებურებები, რომლებიც განაპირობებდნენ ამ დაავადებებისადმი მიდრეკილებას. სექსუალური ქცევა მნიშვნელოვანწილად განისაზღვრება ნერვულ-ფსიქოლოგიური სფეროს მდგომარეობით, პიროვნების პრემორბიდული თავისებურებებით. ასეთი ცვლილებების მქონე ადამიანებს არ გააჩნიათ საკუთარი სექსუალური ქცევის კრიტიკის უნარი (Кузнецова А.А., 1996).

სგგი-ით დაავადებულ ადამიანთა ფსიქოლოგიური მახასიათებლები შესწავლილი იქნა სხვა ავტორთა მიერაც (Прохоренко В.И. и соавт., 1995; Mollering, 1999). გამოკვლეული მასალა იძლევა საფუძველს ვივარაუდოთ, რომ სგგი-ით

დაავადებული მოსახლეობის ნაწილს, განსაკუთრებით იმ პირებს, რომლებიც განმეორებით არიან დაავადებულნი, გააჩნიათ ხასიათის ისეთი თავისებურებანი, რომლებიც ნაყოფიერ ნიადაგს ქმნიან სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით დასნებოვნებისათვის.

სამეცნიერო პუბლიკაციები მეტყველებენ იმაზე, რომ სგგი-ის წინააღმდეგ ბრძოლა სცილდება სამედიცინო პრობლემის ფარგლებს, და რომ მხოლოდ ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების მიერ გატარებული ღონისძიებები საკმარისი არ არის აღნიშნული საკითხის წარმატებით გადაწყვეტისათვის. მრავალი ავტორი, მოსახლეობაში ავადობის დაქვეითების ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან პრევენტულ ღონისძიებად ინდივიდის ადრეულ ასაკში ზნეობრივ და სქესობრივ აღზრდას ასახელებს. სქესობრივი ურთიერთობის საკითხებში მოზარდების გაცნობიერების მოწინააღმდეგენი კი ამტკიცებენ, რომ ეს მათ სქესობრივი ცხოვრების დაწყებისაკენ უბიძგებს (Пэксмен Д.М., 1996), მაგრამ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის აზრით, ეს მოსაზრება საფუძველს მოკლებულია, ვინაიდან მათ არ მიუღიათ ინფორმაცია იმის თაობაზე, რომ მოზარდების ადრეული სექსუალური განათლება იწვევს ნაადრევი სქესობრივი კავშირების გავრცელებას (ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პრეს-რელიზი, 1995). პირიქით, სექსუალური ქცევის საკითხებთან დაკავშირებული სამეცნიერო ინფორმაცია წარმოადგენს გაფრთხილებას ნაადრევი სქესობრივი კავშირების წინააღმდეგ. ოჯახში აღნიშნული საკითხის ტაბუირება, სასწავლო დაწესებულებებში არასრული ინფორმაციის მიწოდება, დისკუსიისათვის ოპტიმალური პირობების არარსებობა, ადამიანს უბიძგებს ამ საკითხებთან დაკავშირებით მიიღოს ცოდნა ქუჩაში, თანატოლთა წრეში, ხშირად უხეშად შეცვლილი ფორმით (Райхман, 1998).

როდესაც სქესობრივი განათლება მხოლოდ ზრდასრულ ასაკში იწყება, იგი მხოლოდ მაკორეგირებელ ამოცანებს ასრულებს, რომელთა შესამღებლობები ძალზე შეზღუდულია. შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდება უნდა ხდებოდეს ბავშვობის ასაკიდან. ი. იურევას (1996) მონაცემებით, ქალიშვილების სქესობრივ აღზრდას დედების მხოლოდ 40% ახორციელებს. ამასთან, მათი უმრავლესობა ვერ ახდენს

ბავშვთა სქესობრივი აღზრდისა და სქესობრივი განათლების ცნებების დიფერენცირებას.

ავტორთა უმრავლესობა, რომლებიც სწავლობდნენ საზოგადოების ინფორმირებულობის დონეს ისეთ საკითხებთან მიმართებაში, როგორცაა სქესობრივი ურთიერთობები, ოჯახი და ქორწინება, სგგი-ით ავადობა, მიუთითებენ ამ სფეროში საზოგადოების გარკვეული ნაწილის, კერძოდ კი, ახალგაზრდა ასაკის პირებში ცოდნის უკმარისობაზე. (Белимготов М.В., 1994; Лузин Н.В., 1995), რაც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სგგი-ის გავრცელებაზე. ამიტომ, საზოგადოებაში სგგი-ის გავრცელებასთან ბრძოლის ერთ-ერთ ფორმად აღიარებულია საზოგადოების, განსაკუთრებით კი ახალგაზრდების ცოდნის დონის ამაღლება, სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებათა კლინიკასა და პროფილაქტიკასთან დაკავშირებით.

ამ საკითხში დიდ როლს უნდა ასრულებდეს მასობრივი საინფორმაციო საშუალებები. მაგრამ აღსანიშნავია ისიც, რომ შეუძლებელია სანიტარულმა განათლებამ შეცვალოს სქესობრივი განათლების როლი, რომელიც უნდა ტარდებოდეს სხვადასხვა ფორმით, დაწყებული ბავშვობის ასაკიდან.

ყველა ქვეყანაში არსებობს მისთვის მისაღები სქესობრივი განათლების დაწყების ქვედა ზღვარი: დანიაში, გერმანიაში, შვედეთში, დიდ ბრიტანეთში – სასკოლო ასაკიდან; ხოლო ბულგარეთში, იტალიაში, საფრანგეთში – მეორე საფეხურის სკოლებში. ყველგან მხედველობაში მიიღება როგორც ეროვნული, რელიგიური, ისე ბავშვთა ცხოვრების სოციალური პირობები. უკანასკნელი წლების მანძილზე საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავებაში ჩაერთო ისეთები საერთაშორისო არასამთავრობო ორგანიზაციები და ფონდები, როგორც არის საერთაშორისო წითელი ჯვარი, ოჯახის დაგეგმარების საერთაშორისო ასოციაცია, სოროსის ფონდი და სხვა. ყველაზე დიდ ინტერესს იწვევს საერთაშორისო წითელი ჯვრის პროგრამა «თანასწორი ასწავლის თანასწორს». ამ პროგრამის არსი მდგომარეობს ვოლონტიორების (მოხალისეების) მომზადებაში, რომლებსაც აქვთ სპეციალური ცოდნა კონტრაცეპციის, უსაფრთხო სექსის, სგგი-ისა და შიდსის ინფექციების პროფილაქტიკის შესახებ და რომლებიც ფლობენ ცოდნის გავრცელების

მეთოდუროს საზოგადოების სხვადასხვა ჯგუფებში. ჩვეულებრივ, მოხალისეებს ირჩევენ არაფორმალური ლიდერების რიცხვიდან. ინსტრუქტორების მიერ მათი მომზადება ხდება სპეციალიზირებულ ცენტრებში, სწავლების კურსის გავლის შემდეგ, პიროვნება იღებს სერთიფიკატსა და მეთოდური მასალების ნაკრებს.

აუცილებელია მუშაობის გაძლიერება სგგი-ის პირველადი და მეორადი პროფილაქტიკის მიმართულებით: სქესობრივი განათლება, სქესობრივი ქცევის ჯანსაღი მოდელის ფორმირება, ინფორმაცია კონტრაცეპციის მეთოდების შესახებ. პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს პირველ რიგში უნდა მიეკუთვნოს სექსუალური განათლების სისტემა, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისაგან ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების (როგორც ბარიერული, ისე სპერმიციდული) უფასო გაცემა, ინტიმურ-სამედიცინო ხასიათის ინფორმაციის მიღების შესაძლებლობა (Аковнян В.А., 1998).

დასავლეთის სპეციალისტების პუბლიკაციებში დიდი ყურადღება ეთმობა მოსახლეობის სექსუალური განათლების ახალი ფორმებისა და მეთოდების ძიებას, რომლის განუყოფელ ნაწილს სგგი-ის პირველადი პროფილაქტიკა წარმოადგენს, სადაც ხაზგასმულია ადამიანებში «უსაფრთხო» სექსის ჩვევების ჩამოყალიბების, მუდმივი სქესობრივი პარტნიორის შერჩევის, პრეზერვატივის, როგორც სგგი-საგან თავდაცვის ყველაზე მარტივი საშუალების გამოყენების აუცილებლობა. ყველა ნაშრომში აღნიშნულია ასევე სექსუალური განათლებისადმი მიძღვნილი საგანმანათლებლო პროგრამების განხორციელების აუცილებლობა, რომლებიც შეიცავენ მშობლების, პედაგოგების, სოციალური მუშაკების განათლებისათვის საჭირო ღონისძიებებს. (Ponchaud C., Singh S., Feivelson D., et al. 2000).

სქესობრივ ურთიერთობათა საკითხებში ადამიანთა ფსიქოლოგიურ მოუმზადებლობასა და სგგი-ის შესახებ ნაკლებ ინფორმირებულობაზე მიუთითებს უცხოელ ავტორთა ჯგუფი და მოუწოდებს ყურადღება მიექცეს სგგი-ის პროფილაქტიკას მაღალი რისკის ჯგუფებში, ადამიანებში, რომლებიც განმეორებით არიან დაავადებული სგგი-ით (Parcer D.A. et al., 1994; Wyn J., 1995).

ერთ-ერთ სერიოზულ პრობლემას, რომელიც სქესობრივი ქცევის შესახებ ადამიანთა არასაკმარისი ინფორმირებულობისა და სწრაფად ცვლადი ნეგატიური

სოციალური ტენდენციებიდან გამომდინარეობს, წარმოადგენს სექსუალური ძალადობა. ეს პრობლემა სგგი-ის გავრცელების ერთ-ერთ ფაქტორად გვევლინება, განსაკუთრებით მოზარდთა შორის. სანქტ-პეტერბურგში ჩატარებულმა მე-10 კლასის მოსწავლეთა ანონიმურმა გამოკითხვამ აჩვენა, რომ ქალიშვილთა 28% და ვაჟების 12% ძალადობის მსხვერპლი იყვნენ. კეიპტაუნის ჰოსპიტალში სგგი-ის დიაგნოზით მყოფი 14-დან 37 წლამდე ასაკის 107 ადამიანის ავადმყოფობის ისტორიის შეწავლით დაადგინეს, რომ მათი 67% ინფიცირებული იყო სქესობრივი ძალადობის შედეგად. Siegel-მა და Schebert-მა (1995) გამოაქვეყნეს ერთი წლის განმავლობაში აშშ-ში ჩატარებული კვლევის შედეგები. გამოკვლეული 855 ბავშვიდან, რომლებიც იყვნენ ძალადობის მსხვერპლნი, სგგი გამოუვლინდა პრეპუბერტატული და პუბერტატული ასაკის გოგონების 3,2% და 14,6%-ს შესაბამისად. ავტორების დასკვნით, აუცილებელი სგგი-ზე ყველა იმ პირის გამოკვლევა, რომლებიც ძალადობის მსხვერპლნი არიან.

უკანასკნელ წლების პუბლიკაციებში დიდი ადგილი უკავია იმ ავტორთა შრომებს, რომლებიც შეისწავლიდნენ მაღალი რისკის სექსუალურ ქცევებს და სგგი-ით განმეორებით დაავადებულებს. კვლევის შედეგების ანალიზმა აჩვენა კავშირი რისკიან სექსუალურ ქცევას, «უსაფრთხო» სექსის ჩვევების უქონლობასა და პოპულაციაში სგგი-ის არსებობას შორის (Kann, Warre, 1995; Millan, 1995; Kipke, 1995, Rosenthal, 1995).

რიგ ავტორები აღნიშნავენ, რომ, ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით, ძირითადი პროფილაქტიკური ღონისძიებების კონცენტრირება, ყველაზე უფრო მიზანშეწონილია «რისკ ჯგუფებში», რომლებსაც ბოლო წლებში სგგი-ით განმეორებით დაავადებულ პირებსაც მიაკუთვნებენ. (Aral, 2001).

დღეისათვის ვენეროლოგიური სამსახურის ძირითადი ამოცანაა ადადგინოს ავადმყოფთა ნდობა. აუცილებელია უარი ეთქვას ლოზუნგს «მიზანი ამართლებს საშუალებებს». ნებისმიერი ხისტი მონოპოლიური სისტემა, ერთი მხრივ თრგუნავს ექიმის ინიციატივას, მეორე მხრივ – პაციენტის ადამიანურ ღირსებას. მიმდინარეობს დისპანსერების მუშაობის ახალი ფორმების ძიება. პირველი ნაბიჯი ამ

მიმართულებით – ანონიმური გასაუბრება და მკურნალობა სგგი-ით დაავადებულ ავადმყოფებთან, გადადგმულია (Акобвях В.А., Прохоренков В.И., 1995).

თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ პროგრამების დანერგვისა და სგგი-ის პროფილაქტიკის სფეროში მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებში სახელმწიფოებრივი პოლიტიკის გატარებისათვის აუცილებელია იდეის რეალიზაციის ინსტრუმენტის არსებობა. საზღვარგარეთის ქვეყნებს აქვთ ოჯახის დაგეგმარების კლინიკებისა და სპეციალიზებული ცენტრების შექმნის პრაქტიკა, რაც დაწვრილებით არის გადმოცემული ოჯახის დაგეგმარების საერთაშორისო ფედერაციის ევროპული ბიუროს დირექტორის ლინ თომასის (1998) მოხსენებაში ოჯახის დაგეგმარებისადმი მიძღვნილ რუსეთის III კონფერენციაზე. განსაკუთრებულ ხაზგასმას იმსახურებს თეზისი იმის თაობაზე, რომ დეკლარაციებსა და საერთაშორისო დოკუმენტებში წარმოდგენილი ადამიანის უფლებების რეალიზაცია, ცხოვრებაში ძალიან რთულად მიმდინარეობს. ეს მნიშვნელოვანწილად არის დამოკიდებული მოცემული სახელმწიფოს კანონებზე, ამ კანონების გატარების მექანიზმებზე ცალკეული რეგიონებისა და მუნიციპალურ დონეზეც კი.

ჯანმრთელობის განმაპირობებელი ფაქტორების ანალიზისას დადგენილ იქნა, რომ ცხოვრების წესი ზემოქმედების 50-53%-ს იკავებს, ჯანდაცვის დაწესებულებათა საქმიანობა კი – 10-15%-ს. აღნიშნულის გათვალისწინებით ფორმულირებულია ჯანმრთელობის დაცვის წინაშე მდგარი მიზნები და ამოცანები. იმდენად, რამდენადაც ცხოვრების წესი ახდენს ძირითად ზამოქმედებას ჯანმრთელობაზე, ლოგიკური იქნება ჯანმრთელობის დაცვის სტრუქტურების გამოყენება ცხოვრების წესზე ზეგავლენის მოსახდენად, თუმცა ასეთი მიდგომა არაერთგვაროვნად აღიქმება მედიკოსების მიერ.

აუცილებელია ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმას მივუდგეთ როგორც ერთიან პროცესს, რომელიც მიმართულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დადებითი დინამიკის მიღწევისაკენ და ამ პრობლემის გადაწყვეტა დამოკიდებულია არა მარტო ჯანდაცვის სისტემის საქმიანობაზე, არამედ ამ პროცესში სხვადასხვა დაწესებულებების აქტიურ მონაწილეობაზე (სახელისუფლებო ორგანოები,



სოციალური და საგანმანათლებლო ფუნქციების მქონე არასამედიცინო დაწესებულებები და ა.შ.).

ცხოვრების ხარისხზე გავლენას ახდენს «სოციალური ჯანმრთელობა». მასთან დაკავშირებულია ისეთი მოვლენები, როგორცაა სიღატაკე, უმუშევრობა, ცუდი კვება, ჭარბმოსახლეობა და ა.შ. არსებობის გარემოს ფორმირება, სანიტარული სამსახურების მიერ კონტროლირებადი გარემოს ეკოლოგიური მდგომარეობის გარდა, უნდა შეიცავდეს თავის თავში ისეთ სფეროს, როგორცაა სოციალური სივრცე.

ცნობილია, რომ მრავალი დაავადების ეტიოლოგიაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ფსიქოგენურ ფაქტორს. ამდენად, სამედიცინო სტრუქტურების მიერ განხორციელებადი მიზანმიმართული ღონისძიებები მოცემული ფაქტორების ზემოქმედების კორექციასთან დაკავშირებით, ქმედით ღონისძიებებად წარმოგვიდგებიან სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პროფილაქტიკის თვალსაზრისით, განსაკუთრებით მაღალი რისკის ჯგუფებში (Гурьева,1997).

ამრიგად, უცხოეთის ლიტერატურის ანალიზმა შესაძლებლობა მოგვცა დაგვედგინა, რომ მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფებში, მათ შორის სგგი-ით განმეორებით დაავადებულებში, სექსუალური ქცევის განმსაღვრელი ფაქტორებისა და სგგი-ის პროფილაქტიკის საკითხები არასაკმარისად არის დამუშავებული. ეს გამოწვეულია იმით, რომ სიღრმისეულად არ არის შესწავლილი სგგი-ით დაინფიცირების ხელშემწყობი ფაქტორები, არ არის განსაზღვრული მათი გავლენის ძალა და მოქმედების მექანიზმი. ბოლომდე არ არის განსაზღვრული სგგი-ით განმეორებით დაავადებულთა როლი ვენსნეულებათა ეპიდემიოლოგიაში. საკმარისი მოცულობით არ არის შესწავლილი სგგი-ით დაავადებულთა სახასიათო და პიროვნული თავისებურებები. სრულად არ არის შესწავლილი მიკროსოციალური გარემოს მნიშვნელობა ქცევის გადახრების ფორმირებაში, რაც სგგი-ით ინფიცირებას იწვევს.

მიზანმიმართული სამედიცინო-საგანმანათლებლო საქმიანობის არარსებობა სექსუალურ და საკონტრაცეპციო განათლებასთან მიმართებაში, გადამწყვეტ გავლენას ახდენს მოსახლეობის სექსუალურ ჯანმრთელობაზე. მიუხედავად

პრობლემის აქტუალობისა და სგგი-ის ფართო გავრცელებისა განსაკუთრებით მოზარდებში, სამედიცინო ლიტერატურაში მცირე რაოდენობითაა პუბლიკაციები ამ საკითხთან დაკავშირებით ჩატარებულ კვლევებზე. ცხადია, ეს პრობლემა შემდგომ დამუშავებას საჭიროებს.

## 2. საკუთარი კვლევები

### 2.1. კვლევის მასალები და მეთოდები

ჩვენს მიერ ჩატარებული იქნა საქართველოს დერმატო-ვენეროლოგიურ დაწესებულებებში 2000-2005 წლებში რეგისტრირებული და სტატისტიკურ ფორმებში <sup>1</sup>089-1/2 ასახული სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების შემთხვევების და აგრეთვე შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაავადებათა კონტროლის და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის ყოველთვიურ ფორმებში <sup>1</sup>IV-06 «ანგარიში სქესობრივი გზით გადამდები, კანის სოკოვანი დაავადებების და მუნის შესახებ» ასახული სტატისტიკური მონაცემების რეტროსპექტრული ანალიზი. სიფილისით, გონორით, ტრიქომონიაზით და ქლამიდიოზით ავადობის აბსოლუტური და ინტენსიური მაჩვენებლები გაანგარიშებულია არა მხოლოდ საქართველოს მოსახლეობაზე მთლიანად, არამედ ასაკობრივი ჯგუფებისა (0-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40წ და ზევით) და სქესის (მამაკაცები და ქალები თითოეულ ასაკობრივ ჯგუფში) მიხედვით.

საქართველოს სს კანისა და ვენერულ სნეულებათა ს/კ ინსტიტუტში ტარდებოდა 2000-2005 წლების პერიოდის ამბულატორიული ავადმყოფების 260 სამედიცინო ბარათის დამუშავება. დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა სგგი-ით პირველად დაავადებული 53 და სგგი-ით განმეორებით დაავადებული 53 ინდივიდი. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით ავადობის სიხშირის, სტრუქტურისა და დინამიკის განსაზღვრისათვის დაკვირვება ტარდებოდა შემდეგი მაჩვენებლების მიხედვით: სქესი, საცხოვრებელი ადგილი, განათლება, სოციალურ სფეროში დასაქმება დაავადების მომენტში, სრული საბოლოო დიაგნოზი, სქესობრივი

კონტაქტების რიცხვი, სქესობრივი ცხოვრების დაწყების ასაკი, სგგი-ის განმეორებით არსებობა, სხვა სოციალურ-ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები.

სექსუალური ქცევისა და მასზე ზემოქმედი ფაქტორების შესწავლა ხდებოდა ანონიმური ანკეტის მიხედვით. ანკეტა შედგებოდა 56 კითხვისაგან, რომლებიც გაერთიანებული იყო ბლოკებად შემდეგი განყოფილებების მიხედვით: 1. გამოსაკვლევი ინდივიდის სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები; 2. მშობელთა ოჯახის დახასიათება; 3. ურთიერთობის წრე და თავისუფალი დროის გატარება; 4. ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება; 5. სექსუალური ქცევა; 6. ფასეულობითი ორიენტაციები სექსუალურ და საოჯახო სფეროში; 7. ინფორმირებულობა სგგი-ების და კონტრაცეპციის შესახებ.

ანონიმური ანკეტირება გაიარა სგგი-ით პირველად დაავადებულმა 53 ავადმყოფმა (პირველი ჯგუფი), განმეორებით დაავადებულმა 53 ავადმყოფმა (მეორე ჯგუფი) და 52 ჯანმრთელმა (საკონტროლო ჯგუფი).

გამოკითხულთა ინდივიდუალურ-ფსიქოლოგიური თავისებურებანი, გარემოში მათი ადაპტაციის უნარი და ამ მახასიათებლების გავლენა ქცევის სტილზე, მათ შორის სექსუალური ქცევისა, შეისწავლებოდა ოთხი ორიგინალური ფსიქოლოგიური ტესტის მეშვეობით:

1. აიზენკის მეთოდი. ამ კვლევაში გამოიყოფა ორი ძირითადი პარამეტრი: ექსტრავერსია-ინტროვერსია და ნეიროტიზმი-სტაბილობა. ექსტრავერსია-ინტროვერსია მჭიდროდ უკავშირდება ქერქულ აქტივაციას (ეეგ-ის მიხედვით). აქტივაცია გამოიყენება აგზნების ხარისხის აღსანიშნავად. ექსტრავერსია-ინტროვერსიის განზომილების კვლევისას, 12 ქულაზე მეტი მაჩვენებელი მიუთითებს ექსტრავერსიაზე, ხოლო 12-ზე ნაკლები – ინტროვერსიაზე. სტაბილურობა-ნეიროტიზმის მიხედვით, არსებული ინდივიდუალური განსხვავებები ასახავენ ავტონომიური ნერვული სისტემის რეაქციის ძალას სტიმულზე. თუ ნეიროტიზმის დონე შეესაბამება 12 ქულას, ეს მიუთითებს ემოციურ სტაბილურობაზე, ხოლო 12 ქულაზე მეტი – გაძლიერებულ ნეიროტიზმზე.

2. დემბო-რუბინშტეინის თვითშეფასების ტესტი-სკალა. ეს მეთოდიკა იკვლევს პიროვნების დამოკიდებულებას საკუთარი თავის მიმართ და შეფასების

ადექვატურობის შეგრძნებას. პიროვნების თვითშეფასების დონე მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს მისი ქცევის თავისებურებებს. შესაბამისად, სკალის შედგენისას გასათვალისწინებელია აფექტური, კოგნიტური და ქცევითი კომპონენტები. ჩვენს შემთხვევაში ასეთ კომპონენტებად ავირჩიეთ: ბედნიერება, ჯანმრთელობა, ჭკუა, სილამაზე, წარმატება და სექსუალობა.

3. შუბერტის რისკისკენ მზაობის (მიდრეკილების) ხარისხის სადიაგნოსტიკო მეთოდი. კლასიკური მაგალითი შედგება 25 კითხვისაგან. ჩვენს შემთხვევაში გამოიყენებოდა ადაპტირებული 20 კითხვიანი მეთოდი. შეფასება ხდებოდა 1-დან 4 ქულამდე. რისკისკენ მიდრეკილებას (მზაობას) განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება უსაფრთხოების წესების დაცვისას, როდესაც საქმე ეხება სგგი-ისაგან თავის არიდების უნარ-ჩვევებისა და მათთან დამოკიდებულებების შესწავლას.

4. შ. შვარცის ღირებულებითი ორიენტაციების განმსაზღვრელი მეთოდი. ეს არის პიროვნული პროფილის სკალა, რომელიც შედგება 30 გამონათქვამი-განსაზღვრებისაგან. მოპასუხეს ვთხოვდით შეეფასებინა თითოეული განსაზღვრება რამდენად შეესაბამებოდა მას. შეფასება ხდებოდა 1-დან 6 ქულამდე, სადაც ერთი ნიშნავს «საერთოდ არ მგავს», 6 კი \_ «ძალიან მგავს».

შვარცის მიერ გამოყოფილი ღირებულებების საფუძველზე შესაძლებელია პიროვნების დახასიათება და ასევე მისი ქცევის პროგნოზირება. ჩვენს მიერ შესწავლილი იყო 10 ღირებულება: თვითწარმართვა, სტიმულაცია, კონფორმიზმი, ტრადიციონალიზმი, უსაფრთხოება, უნივერსალიზმი, კეთილგანწყობა, მიღწევა, ძალაუფლება, ჰედონიზმი.

სიფილისის დიაგნოზის დასმისათვის გამოიყენებოდა სეროლოგიური რეაქციები, RPR და TPHA მეთოდები.

გონორეისა და ტრიქომონიაზის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკისათვის გამოიყენებოდა ბაქტერიოსკოპიული მეთოდის ორი ხერხი: ნაცხის შეღებვა მეთილენის ლურჯის 1%-იანი წყალხსნარით და შეღებვა გრამის მიხედვით. აუცილებელ შემთხვევებში ტარდებოდა აგრეთვე ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა.

ქლამიდიოზის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა წარმოებდა ლუმინესცენტური მიკროსკოპით, ნაცხის პირდაპირი იმუნოფლოუორესცენტული

მეთოდით, მონოკლონური ანტისხეულების გამოყენებით, რუსეთის მიერ წარმოებული დიაგნოსტიკური ნაკრებით “ХЛАМИСКАН-II”.

სტატისტიკური დამუშავება მოხდა SPSS-ის სტატისტიკური პროგრამით. განსხვავება ითვლებოდა სარწმუნოდ, თუ  $p < 0,05$ .

## **2.2. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით ავადობის რეტროსპექტული ანალიზი საქართველოში 2000-2005 წლებში. რისკის სქესობრივი და ასაკობრივი ჯგუფები**

ეპიდემიოლოგიური ანალიზის ცნება მოიცავს იმ ხერხებისა და მეთოდების ერთობლიობას, რომელთა მიზანია ეპიდემიური პროცესის მიზეზების და მათი წარმოშობის, მიმდინარეობის, ქრობისა და შეწყვეტის პირობების შესწავლა და აღწერა. ეპიდემიოლოგიური ანალიზი თავის რეტროსპექტულ ვარიანტში მოიცავს რიგ მიმდინარეობებს:

1) ინფექციური ავადობის დონისა და სტრუქტურის ანალიზი, მათ შორის ნოზოლოგიების მიხედვითაც;

2) ავადობის მრავალწლიანი დინამიკის ანალიზი, დინამიკის თავისებურებანი, ტენდენციები, ტემპები, პერიოდულობა, საშუალო წლიური მაჩვენებელი რამდენიმე წლის მიხედვით, მრავალწლიური საშუალო;

3) ავადობის ანალიზი ფორმების მიხედვით (პირველადი, მეორადი, ფარული, გვიანი, თანდაყოლილი);

4) ავადობის ანალიზი რისკის ფაქტორების მიხედვით (ასაკობრივი, სქესობრივი, პროფესიული და სხვა);

5) სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების გავრცელების ხარისხისა და სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებებისა და მთლიანად ჯანდაცვის მიერ ჩატარებული ეპიდემიის საწინააღმდეგო ღონისძიებების მოცულობას, ეფექტურობასა და ოპერატიულობას შორის დამოკიდებულების შეფასება.

გამომდინარე აქედან, ჩვენ ჩავატარეთ საქართველოში 2000-2005 წლების პერიოდში სქესობრივი გზით გადამდები სიფილისური, გონორეული,

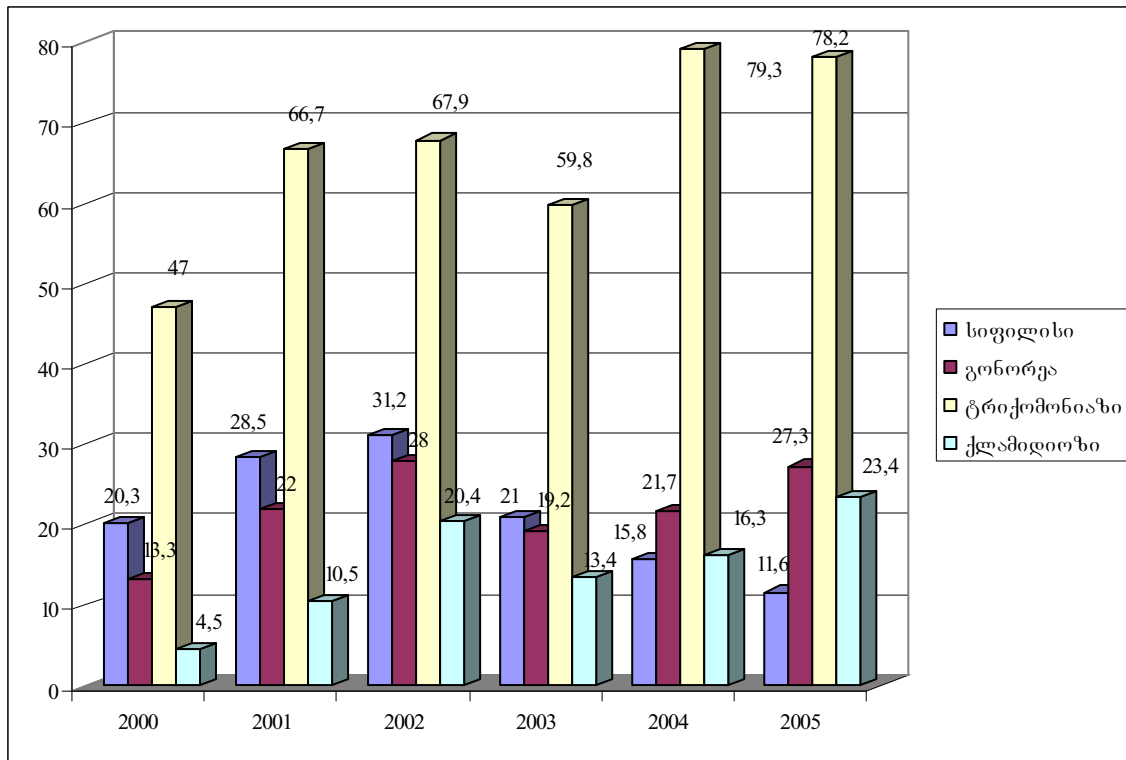
ტრიქომონადული და ქლამიდიური ინფექციების დროს ეპიდემიური პროცესის ეპიდემიოლოგიური რეტროსპექტული ანალიზი, რისთვისაც ვიყენებით შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაავადებათა კონტროლის და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის ყოველთვიურ ფორმებს №IV-06 «ანგარიში სქესობრივი გზით გადამდები, კანის სოკოვანი დაავადებების და მუნის შესახებ», დამტკიცებულს საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ 09.06.2000 წლის №108/0 ბრძანებით.

საქართველოში 2000-2005 წლებში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით ავადობის აბსოლუტური, ინტენსიური და პროცენტული მაჩვენებლების დინამიკის შეფასებამ გვიჩვენა, რომ საერთო ინფექციური ფონი საკმაოდ გაწონასწორებულია, სიფილისის შედარებით დაბალი და ტრიქომონიაზის მაღალი მაჩვენებლით. (ცხრილი №1, სურათი №1).

ცხრილი №1

**სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების რეგისტრირებულ შემთხვევათა რაოდენობა 2000-2005 წლებში საქართველოში**

ინფექციები	სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების ახალი შემთხვევები (აბსოლუტური რიცხვები, 100 000 სულ მოსახლეზე, პროცენტები) წლების მიხედვით																	
	2000			2001			2002			2003			2004			2005		
	აბს.	ინტენს.	%	აბს.	ინტენს.	%	აბს.	ინტენს.	%	აბს.	ინტენს.	%	აბს.	ინტენს.	%	აბს.	ინტენს.	%
სიფილისი (ყველა ფორმა)	901	20,3	24%	1257	28,6	22%	1366	31,2	21%	912	21,0	19%	681	15,8	12%	509	11,6	8%
გონორეა (ყველა ფორმა)	591	13,3	16%	970	22,0	17%	1259	28,8	19%	832	19,2	17%	935	21,7	17%	1202	27,3	19%
ტრიქომონიაზი	2086	47,0	55%	2934	66,7	53%	2969	67,9	46%	2596	59,8	52%	3251	75,3	58%	3440	78,2	56%
ქლამიდიოზი	199	4,5	5%	460	10,5	8%	891	20,4	14%	584	13,4	12%	704	16,3	13%	1030	23,4	17%
სულ სგები	3777	85,1	100%	5621	127,8	100%	6485	148,3	100%	4924	113,4	100%	5571	129,1	100%	6181	140,5	100%



**სურათი №1.** სგგი-ით ავადობის დინამიკის მაჩვენებლები 2000-2005 წლებში საქართველოში (ინტენსიური მაჩვენებლები 100 000 სულ მოსახლეზე).

ქვეყანაში ყველაზე პრობლემურ ინფექციას წარმოადგენს ტრიქომონიაზი ავადობის მაღალი დონით, რომელმაც 2000 წელს 47, ხოლო 2005 წელს – 78,2 შემთხვევა შეადგინა 100 000 სულ მოსახლეზე; სგგი-ის ზოგად სტრუქტურაში კი ამ წლების განმავლობაში იგი მერყეობდა 55%-დან 56%-მდე. ასევე პრობლემურია ქლამიდიოზი, რეგისტრირებული ავადობის ყოველწლიური მატებით, რომელმაც 2000 წელს შეადგინა 4,5 (5%), ხოლო 2005 წელს – 23,4 შემთხვევა (17%). რაც შეეხება გონორეას, 2000 წელს 13,3 (16%), ხოლო 2005 წელს 27,3 (19%) შემთხვევა იყო რეგისტრირებული 100 000 სულ მოსახლეზე.

საქართველოში მოსახლეობის სიფილისით ავადობის მდგომარეობისა და დინამიკის ანალიზით 2000-2005 წლებში დადგენილია 2003 წლამდე სიფილისით დაავადებულთა რიცხვის მატება, ხოლო 2003 წლიდან – კლება: 2000 წელს აღინიშნებოდა 20,3 შემთხვევა, 2002 წელს – 31,2, ხოლო 2005 წელს – 11,6 შემთხვევა 100 000 სულ მოსახლეზე.

სიფილისით (ყველა ფორმით) ავადობის ასაკობრივი განაწილება 2000-2005 წლებში ნაჩვენებია ცხრილში №2 და სურათ №2-ზე. დადგენილია, რომ სიფილისით ავადობა ყველაზე ხშირია 20-29 წლის ასაკში. ამ ასაკობრივ ჯგუფში რეგისტრირებულია ავადმყოფთა ყველაზე დიდი რაოდენობა როგორც აბსოლუტურ რიცხვებში, ისე პროცენტული გამოხატულებით 415 (46,06%) შემთხვევა 2000 წელს და 197 (38,70%) – 2005 წელს. ამავე ჯგუფში ავადობის ინტენსიური მაჩვენებელი 100 000 სულ მოსახლეზე აღმოჩნდა ყველაზე მაღალი: 2000 წელს 63,38 და 2005 წელს 27,17 შემთხვევა.

30-39 წლის ასაკის ჯგუფს ავადობის დონის მიხედვით მეორე ადგილი უკავია. რეგისტრირებულ ავადმყოფთა რიცხვმა 2000 წელს 284 შემთხვევა (31,53%) შეადგინა, ინტენსიურმა მაჩვენებელმა კი – 26,97.

სიფილისით ავადობის ინტენსიური მაჩვენებლების მაღალი დონე აღინიშნებოდა 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფშიც: 2000 წელს 9,97 შემთხვევა 100 000 სულ მოსახლეზე, 2005 წელს – 12,9. მაგრამ რეგისტრირებული ავადმყოფების პროცენტული შემადგენლობის მიხედვით, ამ ჯგუფმა საშუალოდ შეადგინა მხოლოდ 7,03%. 3,99%-დან 2000 წელს 8,64%-მდე 2005 წელს.

40 წლის და უფრო მაღალი ასაკის ჯგუფში რეგისტრირებული ავადმყოფები რიცხვის მიხედვით რამდენადმე სჭარბობდა 15-19 წლის ასაკისას. 2000 წელს რეგისტრირებული იყო 157 (17,44%) ავადმყოფი, 2005 წელს კი 97 (19,06%).

0-14 წლის ასაკის ბავშვთა ჯგუფში ბოლო 6 წლის მანძილზე მაჩვენებლები შემცირდა 9-დან (1,18%) 6-მდე (0,99%) და საშუალოდ შეადგინა 0,83%, შესაბამისად შემცირდა ინტენსივობის მაჩვენებელიც 0,95 შემთხვევიდან 0,76 შემთხვევამდე.

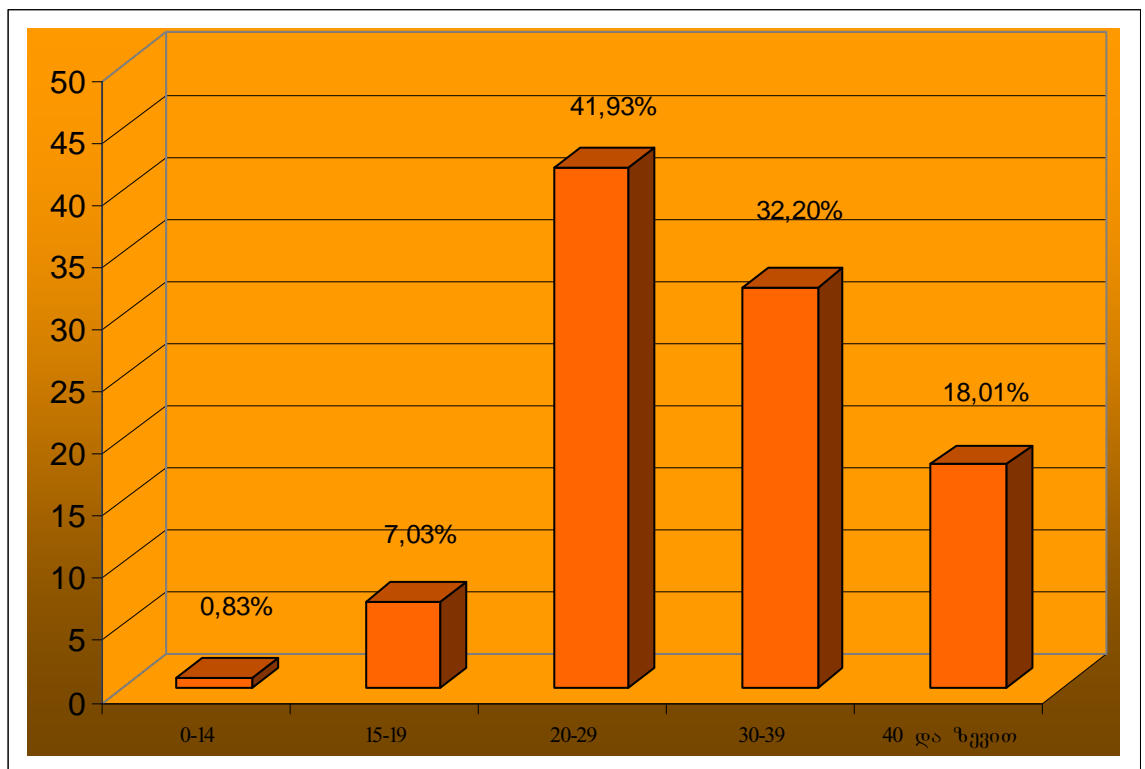
ამრიგად, სიფილისით (ყველა ფორმით) ავადობის ზოგად სტრუქტურაში რისკის ასაკობრივ ჯგუფს, რომელიც ყველაზე უფრო ექვემდებარება დაავადებას, 20-29 წლიანთა ჯგუფი წარმოადგენს, რომელშიც დარეგისტრირებულ ავადმყოფთა რიცხვმა 38,70% შეადგინა, ამასთან, ახლოს დგას 30-39 წლიანთა ჯგუფი – 32,42%.

ცხრილი №2

**სიფილისით (ყველა ფორმა) ავადობის ხვედრითი წილი საქართველოს მოსახლეობაში ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, 2000-2005წწ**



წლები	სიფილისით დაავადებულთა ახალ შემთხვევათა რიცხვი						
	რეგისტრირებულ შემთხვევათა რაოდენობა (აბსოლუტური რიცხვი, 100 000 სულ მოსახლეზე)	ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (აბსოლუტური რიცხვი, 100 000 სულ მოსახლეზე მოცემულ ასაკში, %)					
		0-14	15-19	20-29	30-39	40 და მეტი	
2000	901 20,3	9 0,95 0,99%	36 9,97 3,99%	415 63,38 46,06%	284 44,78 31,52%	157 8,52 17,44%	
2001	1257 28,6	9 0,97 0,72%	98 27,2 7,80%	492 76,51 39,14%	405 64,45 32,21%	253 13,70 20,13%	
2002	1366 31,2	10 0,10 0,72%	118 33,0 8,65%	644 100,8 47,14%	393 62,97 28,77%	201 10,95 14,72%	
2003	912 21,0	8 0,90 0,78%	63 17,5 6,9%	405 62,95 44,41%	315 51,2 34,53%	123 66,94 13,38%	
2004	681 15,8	4 0,50 0,59%	42 12,0 6,17%	246 34,81 36,12%	230 39,0 33,77%	159 85,18 23,35%	
2005	509 11,56	6 0,76 1,18%	44 12,9 8,64%	197 27,17 38,70%	165 26,97 32,42%	97 4,26 19,06%	



სურათი №2. სიფილისით (ყველა ფორმა) ავადობის ხვედრითი წილი საქართველოს მოსახლეობაში ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (საშუალო წლიური პროცენტული მაჩვენებლები) 2000-2005 წლებში.

საქართველოში გონორით დაავადებული მოსახლეობის ასაკობრივი შემადგენლობა 2000-2005 წლებში ასახულია ცხრილში №3 და №3 სურათზე. 2000 წლის განმავლობაში დარეგისტრირებულ ავადმყოფთა დაახლოებით ნახევარზე მეტი (58,04%) არის 20-29 წლის ასაკის და 2000 წელს შეადგინა 52,39 შემთხვევა ამავე ასაკის 100 000 სულ მოსახლეზე 2005 წელს \_ 91,72 შემთხვევა. ეს უფლებას გვაძლევს 20-29 წლიანთა ასაკობრივი ჯგუფი მივიჩნიოთ გონორული ინფექციის გავრცელებაში რისკ-ჯგუფად.

30-39 წლიანთა ჯგუფში ინტენსიურმა მაჩვენებელმა 2000 წელს შეადგინა 20,19 შემთხვევა ამავე ასაკის 100 000 სულ მოსახლეზე, 2005 წელს \_ 43,65 შემთხვევა, პროცენტული გამოხატულებით კი დარეგისტრირებული ავადმყოფების 21,66%-დან 22,21%-მდე. დანარჩენი ასაკობრივი ჯგუფებისათვის დამახასიათებელია როგორც დარეგისტრირებულ ავადმყოფთა რიცხვის ზრდა, ისე ავადობის დონის ზრდა ინტენსიურ მაჩვენებლებში: 40 წლისა და მეტი ასაკის \_ 5,71% და 2,33-დან 2,41 შემთხვევამდე; 15-19 წლიანებში \_ 18,86%, 20,78-დან 60,48 შემთხვევამდე.

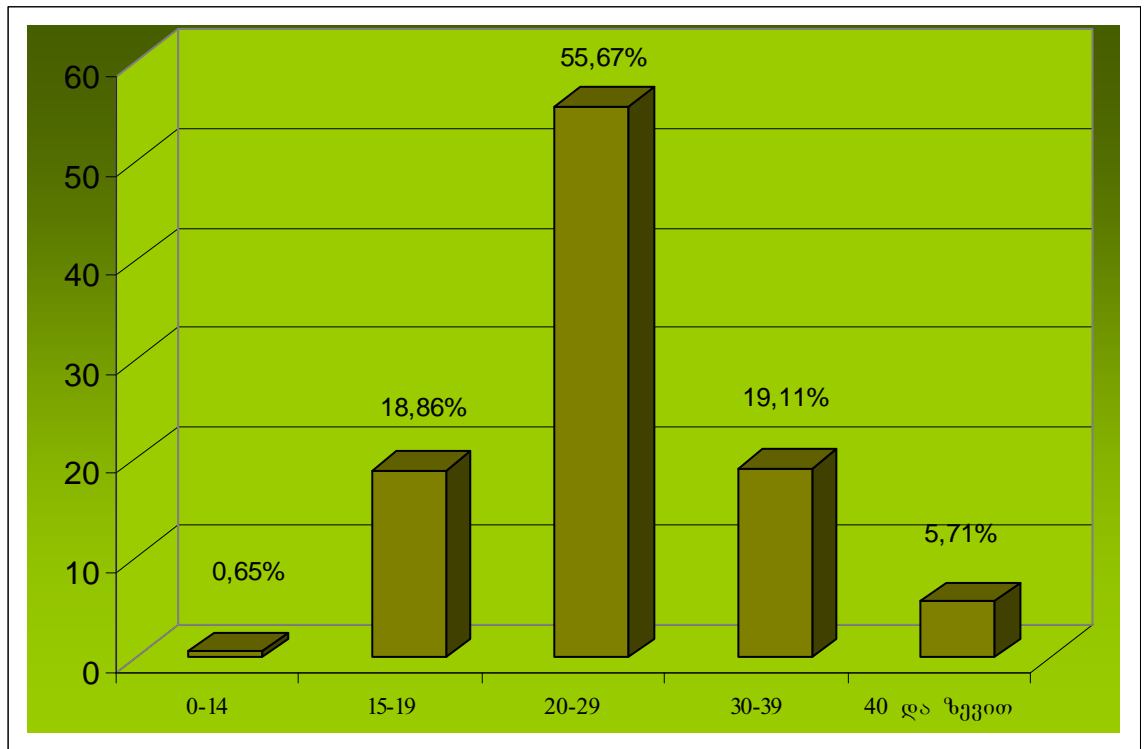
ამგვარად, შესასწავლ პერიოდში შეინიშნება გონორით დაავადებულ რეგისტრირებულ ავადმყოფთა რიცხვის საერთო ზრდა 13,3-დან 27,3 შემთხვევამდე 100 000 მოსახლეზე, რასაც თან სდევს მათი მატება ასაკობრივ ჯგუფებში ავადობის ყველაზე მაღალი დონით 20-29 წლის ასაკში, რამაც ყველა დარეგისტრირებული შემთხვევიდან ნახევარზე მეტი 55,32% შეადგინა.

ცხრილი №3

**გონორით (ყველა ფორმა) ავადობის ხვედრითი წილი საქართველოს მოსახლეობაში ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, 2000-2005წწ**

წლები	გონორით დაავადებულთა ახალ შემთხვევათა რიცხვი						
	რეგისტრირებულ შემთხვევათა რაოდენობა(აბსოლუტური რიცხვი, 100 000 სულ მოსახლეზე)	ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (აბსოლუტური რიცხვი, 100 000 სულ მოსახლეზე/მოცემულ ასაკში, %)					40 და მეტი
		0-14	15-19	20-29	30-39		
2000	591 13,3	2 0,21 0,34%	75 20,78 12,69%	343 52,39 58,04%	128 20,19 21,66%	43 2,33 7,27%	
2001	970 22,0	12 1,27 1,25%	156 43,38 16,08%	438 68,12 45,35%	187 29,76 19,38%	77 4,17 7,94	
2002	1259 28,8	6 0,65 0,48%	346 96,86 27,48%	652 102 51,79%	201 32,21 15,96%	54 2,94 4,29%	

2003	832 19,2	2 0,22 0,24%	141 39,21 16,95%	509 79,12 61,18%	139 22,59 16,71%	48 2,61 5,77%	
2004	935 21,7	7 0,87 0,75%	156 44,67 16,68%	555 78,55 59,36%	175 29,70 18,72%	42 2,25 4,49%	
2005	1202 27,3	10 1,27 0,83%	206 60,48 17,14%	665 91,72 55,32%	267 43,65 22,21%	55 2,41 4,50%	



**სურათი №3.** გონორეით (ყველა ფორმა) ავადობის ხვედრითი წილი საქართველოს მოსახლეობაში ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (საშუალო წლიური პროცენტული მაჩვენებლები) 2000-2005 წლებში.

მოსახლეობის ტრიქომონიაზით ავადობის ხვედრითი წილი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით საქართველოში 2000-2005 წლებში ჩვენს მიერ ნაჩვენებია ცხრილი №4 და სურათი №4-ში. მასალის ანალიზის დროს, პირველ რიგში ყურადღებას იპყრობდა ბავშვთა ასაკობრივი ჯგუფი 0-14 წლამდე, რომელშიც 2000 წელს რეგისტრირებული იყო 14 (0,67%) ავადმყოფი, 1,48 შემთხვევა 100 000 სულ მოსახლეზე. 2001 წელს დარეგისტრირებული იყო ყველაზე დიდი რაოდენობა 69 ავადმყოფი (2,35%), 7,46 შემთხვევა 100 000 სულ მოსახლეზე, 2005 წელს – 11 შემთხვევა (0,30%), 1,40 100 000 სულ მოსახლეზე.

ტრიქომონიაზით ავადობის ყველაზე მაღალი დონე რეგისტრირებულია 20-29 წლიანთა ასაკობრივ ჯგუფში, როგორც ინტენსიური მაჩვენებლის 2000 წელს 160,38, 2005 წელს – 259,72 შემთხვევა, ისე ავადმყოფთა რაოდენობის პროცენტულ გამოხატულებაში 50,34%-დან 51,70%-მდე.

ინტენსიურ მაჩვენებლებში ტრიქომონიაზით ავადობის დონის მიხედვით 20-29 წლის ასაკის ჯგუფის შემდეგ მოდის 30-39 წლის ასაკის ჯგუფი. დარეგისტრირებული იყო 2000 წელს 550 ავადმყოფი (26,36%), ხოლო 2005 წელს 880 (24,16%). ინტენსიური მაჩვენებლები 2000 წელს 86,74, 2005 წელს – 143,86 შემთხვევა 100 000 სულ მოსახლეზე.

15-19 წლიანთა ჯგუფში ტრიქომონიაზით რეგისტრირებულ ავადმყოფთა რიცხვი მერყეობდა 12,51%-დან 2000 წელს – 14,66%-მდე 2005 წელს (საშუალოდ – 13,58%). ინტენსიური მაჩვენებლები ამ წლების შესაბამისად მერყეობდა 72,30-დან 156,78-მდე შემთხვევა 100 000 სულ მოსახლეზე.

ტრიქომონიაზით ავადობის საკმაოდ მაღალი დონე აღირიცხა 40 წლისა და მეტი ასაკის ჯგუფში, რამაც შეადგინა ავადმყოფთა 10,12% და 100 000 სულ მოსახლეზე 2000 წელს 11,46 შემთხვევა და 2005 წელს – 14,66 შემთხვევა.

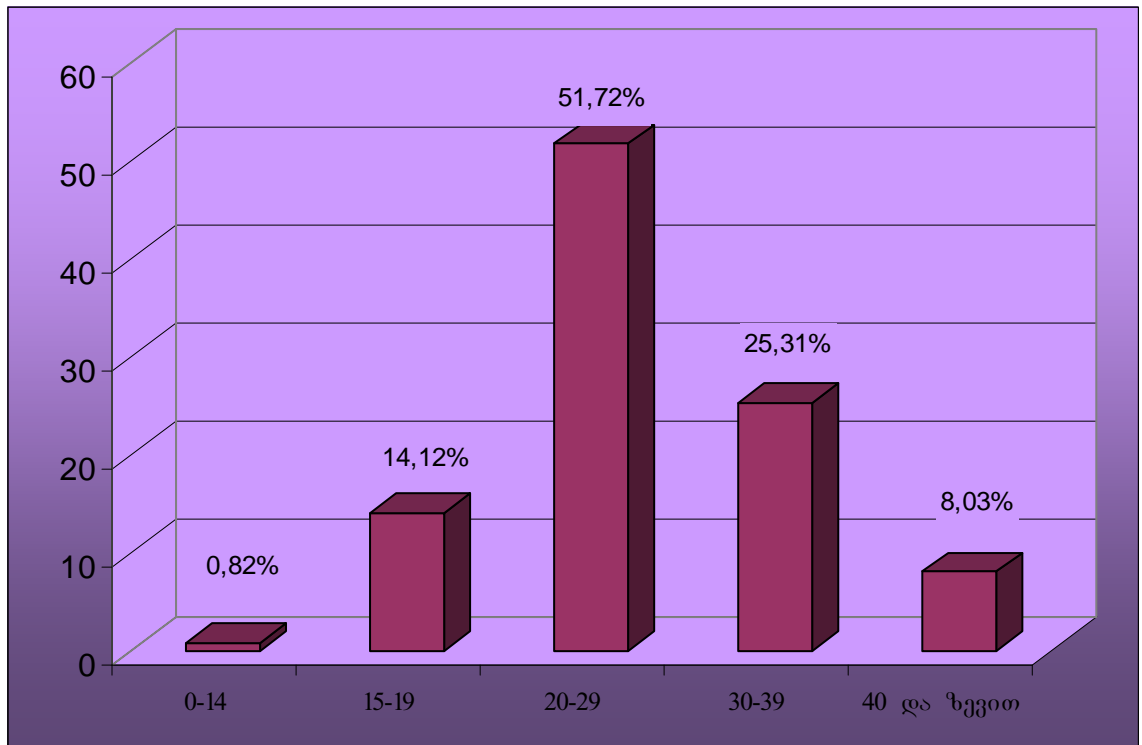
ამრიგად, ზოგადად სტრუქტურაში ტრიქომონიაზით ავადობის დონე საქართველოში შესწავლილ პერიოდში ყველაზე მაღალია 20-29 ასაკობრივ ჯგუფში და საშუალოდ შეადგენს 51,72%-ს, რაც მას ახასიათებს როგორც მაღალი რისკის ჯგუფს.

ცხრილი №4

ტრიქომონიაზით ავადობის ხვედრითი წილი საქართველოს მოსახლეობაში ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, 2000-2005წწ

წლები	ტრიქომონიაზით დაავადებულთა ახალ შემთხვევათა რიცხვი						
	რეგისტრირებულ შემთხვევათა რაოდენობა(აბსოლუტური რიცხვი, 100 000 სულ მოსახლეზე)	ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (აბსოლუტური რიცხვი, 100 000 სულ მოსახლეზე მოცემულ ასაკში, %)					40 და მეტი
		0-14	15-19	20-29	30-39		
2000	2086 47,0	14 1,48 0,67%	261 72,30 12,51%	1050 160,38 50,34%	550 86,74 26,36%	211 11,46 10,12%	
2001	2934 66,7	69 7,46 2,35%	442 122,91 15,06%	1432 222,7 48,81%	805 128,12 27,44%	186 10,07 6,34%	

2002	2969 67,9	31 3,38 1,04%	407 113,94 13,71%	1504 235,5 50,66%	782 125,3 26,34%	245 13,35 8,25%	
2003	2596 59,8	8 0,90 0,39%	371 103,17 14,29%	1406 218,56 54,16%	630 102,42 24,37%	181 9,85 6,97%	
2004	3251 75,3	5 0,62 0,15%	483 138,31 14,86%	1781 252,05 54,78%	753 127,80 23,16%	239 12,80 7,35%	
2005	3642 82,75	11 1,40 0,30%	534 156,78 14,66%	1883 259,72 51,70%	880 143,86 24,16%	334 14,66 9,17%	



**სურათი №4.** ტრიქომონიაზით ავადობის ხვედრითი წილი საქართველოს მოსახლეობაში ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (საშუალო წლიური პროცენტული მაჩვენებლები) 2000-2005 წლებში

საქართველოს მოსახლეობის ქლამიდიოზით ავადობის ხვედრითი წილი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით 2000-2005 წლებში ნაჩვენებია ცხრილი №5, სურათი №5. შეინიშნება დაავადების დინამიკის ზრდის ტენდენცია (5-ჯერ) როგორც მთლიანობაში, ისე ასაკების მიხედვითაც შესწავლილი პერიოდის განმავლობაში. ასე მაგალითად, თუ 2000 წელს რეგისტრირებული იყო მხოლოდ 199 ავადმყოფი, რამაც 100 000 სულ მოსახლეზე 4,5 შემთხვევა შეადგინა, 2005 წლისათვის უკვე რეგისტრირებული იყო 1030 ავადმყოფი, ანუ 23,40 შემთხვევა. ამასთან, ავადმყოფთა

ყველაზე მაღალი რიცხვი რეგისტრირებული იყო 20-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (საშუალო წლიური მაჩვენებელი 51,53%) ყოველწლიური ზრდით 2000 წელს 103-დან (51,76%) 2005 წელს – 549 შემთხვევამდე (53,30%). რეგისტრირებულ ავადმყოფთა რიცხვით წინამდებარე ჯგუფს უახლოვდება 30-39 წლიანთა ასაკობრივი ჯგუფიც (საშუალო წლიური მაჩვენებელი 25,491%), რომელშიც ავადმყოფთა რიცხვი გაიზარდა 71-დან (35,68%) 241-მდე (23,40%). ორივე ჯგუფმა (20-29 და 30-39 წლის) შეადგინა საშუალოდ სულ რეგისტრირებულ ავადმყოფთა 77,44%.

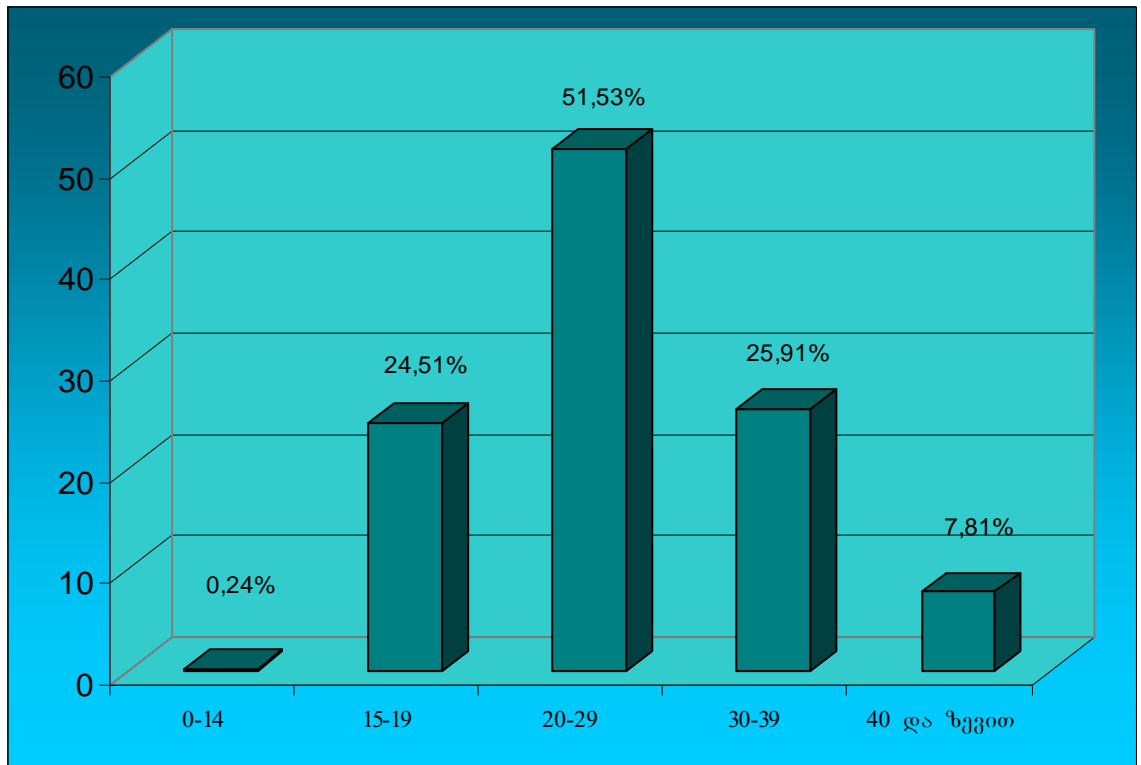
ქლამიდიოზით დაავადებულთა დიდი რაოდენობა რეგისტრირებულია 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში. ამ ჯგუფში ავადმყოფთა რიცხვმა 2000 წელს შეადგინა 4 შემთხვევა (12,01%), ხოლო 2005 წელს – 170 (16,50%). საშუალო წლიურმა მაჩვენებელმა შეადგინა 24,51%.

40 წლისა და უფროსი ასაკის ჯგუფში რეგისტრირებულ ავადმყოფთა რიცხვი გაიზარდა 21-დან (10,55%) 63-მდე (6,68%). საშუალო წლიური მაჩვენებელი არის 7,81%.

ცხრილი №5

**QLAM.ქლამიდიოზით ავადობის ხვედრითი წილი საქართველოს მოსახლეობაში ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, 2000-2005წწ**

წლები	ქლამიდიოზით დაავადებულთა ახალ შემთხვევათა რიცხვი					
	რეგისტრირებულ შემთხვევათა რაოდენობა(აბსოლუტური რიცხვი, 100 000 სულ მოსახლეზე)	ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (აბსოლუტური რიცხვი, 100 000 სულ მოსახლეზე მოცემულ ასაკში, %)				
		0-14	15-19	20-29	30-39	40 და მეტი
2000	199 4,5	0	4 11,08 2,01%	103 15,72 51,76%	71 11,19 35,68%	21 1,14 10,55%
2001	460 10,5	1 0,10 0,21%	110 30,59 23,91%	197 306,38 42,83%	110 17,51 23,91%	42 2,28 9,14%
2002	891 20,4	2 2,18 0,22%	173 48,43 19,42%	439 68,74 49,27%	212 33,97 23,79%	65 3,54 7,30%
2003	584 13,4	2 0,23 0,34%	57 15,85 9,76%	319 49,59 54,62%	165 26,82 28,25%	41 2,23 7,03%
2004	704 16,3	0	109 31,21 15,48%	404 57,17 57,39%	144 24,44 20,45%	47 2,52 6,68%
2005	1030 23,40	7 0,89 0,68%	170 49,91 16,50%	549 75,72 53,30%	241 39,40 23,40%	63 2,77 6,12%



**სურათი №5.** ქლამიდიოზით ავადობის ხვედრითი წილი საქართველოს მოსახლეობაში ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (საშუალო წლიური პროცენტული მაჩვენებლები) 2000-2005 წლებში.

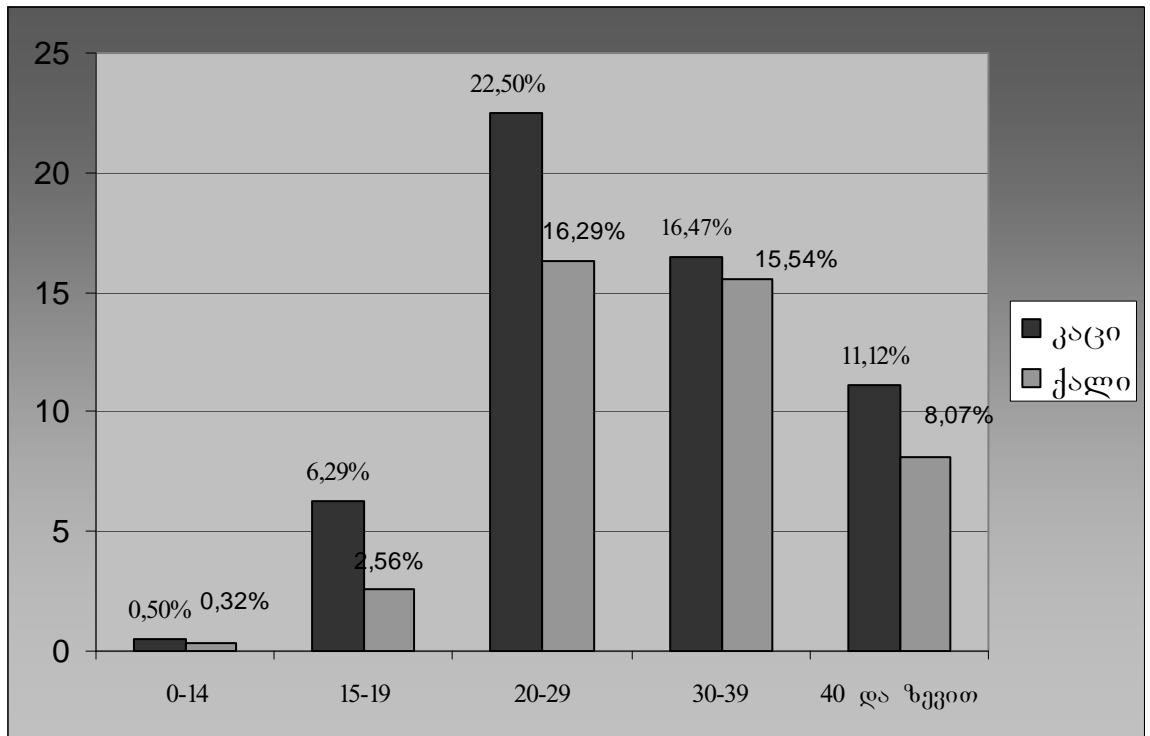
საქართველოს მოსახლეობის სიფილისით ავადობის ანალიზისას დადგინდა, რომ სიფილისის დიაგნოზით რეგისტრირებულ მამრობითი სქესის ავადმყოფთა რიცხვი ქვეყანაში შესწავლილ პერიოდში უფრო მაღალი იყო (56,88%), ვიდრე მდედრობითის (43,12%), ამასთან, სიფილისით დაავადებული 0-14 წლის ასაკის მამაკაცების რაოდენობა შეადგენდა 0,50%, ხოლო ქალების- 0,32%-ს; 15-19 ასაკში მამაკაცების – 6,29%-ს, ქალების – 2,56%-ს; 20-29 ასაკში მამაკაცების – 22,50%-ს, ქალების – 16,63%-ს; 30-39 ასაკში მამაკაცების – 16,47%-ს, ქალების – 15,54%-ს; 40 წელს ზევით მამაკაცების – 11,12%-ს, ქალების – 8,07%-ს.

ცხრილი №6

**სიფილისით (ყველა ფორმა) ავადობის ხვედრითი წილი საქართველოს მოსახლეობაში სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, 2000-2005წწ**

წლები	სიფილისით დაავადებულთა ახალ შემთხვევათა რიცხვი							
	რეგისტრირებულ შემთხვევათა რაოდენობა (აბსოლუტური რიცხვი, 100 000 სულ მოსახლეზე)	ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (აბსოლუტური რიცხვი, 100 000 სულ მოსახლეზე მოცემულ ასაკში, %)						
		სქესი	სქესის მიხედვით	0-14	15-19	20-29	30-39	40 და მეტი
2000	901 20,3	კაცი	515 24,64 57,16%	6 1,24 0,67%	13 7,14 1,44%	245 76,11 27,19%	159 52,68 17,65%	92 11,47 10,21%
		ქალი	386 16,48 42,84%	3 0,65 0,33%	23 12,86 2,55%	170 51,08 18,87%	125 37,62 13,87%	65 6,25 7,21
2001	1257 28,6	კაცი	703 33,87 55,93%	6 1,26 0,48%	58 32,04 4,61%	272 85,94 21,64%	202 67,63 16,07%	165 8,08 13,13%
		ქალი	554 23,82 44,07%	3 0,67 0,23%	40 22,40 3,18%	220 67,38 17,50%	203 61,59 16,15%	88 8,45 7,00%
2002	1366 31,2	კაცი	784 38,03 57,39%	7 1,49 0,51%	81 45,05 5,93%	369 117,4 27,01%	197 66,40 14,42%	130 16,25 9,52%
		ქალი	582 25,20 42,61	3 0,67 0,49%	37 20,86 2,71%	275 84,80 20,13%	196 59,87 14,35%	171 16,51 12,52%
2003	912 21,0	კაცი	370 23,66 40,57%	5 1,09 0,55%	55 30,35 6,03%	244 76,87 26,75%	154 52,67 16,89%	86 10,70 9,43%
		ქალი	542 18,03 59,43%	3 0,70 0,33%	8 4,48 0,88%	161 49,40 17,65%	161 49,98 17,65%	37 3,58 4,06%
2004	681 15,8	კაცი	374 18,34 54,92%	0	29 16,38 4,26%	132 37,65 19,38%	119 42,08 17,47%	94 11,51 13,80%
		ქალი	307 12,12 45,08%	4 1,02 0,14%	13 7,55 1,91%	114 32,02 16,74%	111 36,23 16,30%	65 6,19 9,54%
2005	509 11,56	კაცი	276 13,20 54,22%	4 0,99 0,79%	30 17,29 5,89%	103 28,42 20,24%	83 27,80 16,31%	56 5,46 11,00%
		ქალი	233 10,08 45,78%	2 0,52 0,39%	14 8,38 2,75%	94 25,92 18,87%	82 26,12 16,11%	41 3,27 8,06%





**სურათი 6.** სიფილისით (ყველა ფორმა) ავადობის განაწილება საქართველოს მოსახლეობაში სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (საშუალო წლიური პროცენტული მაჩვენებლები), 2000-2005წწ

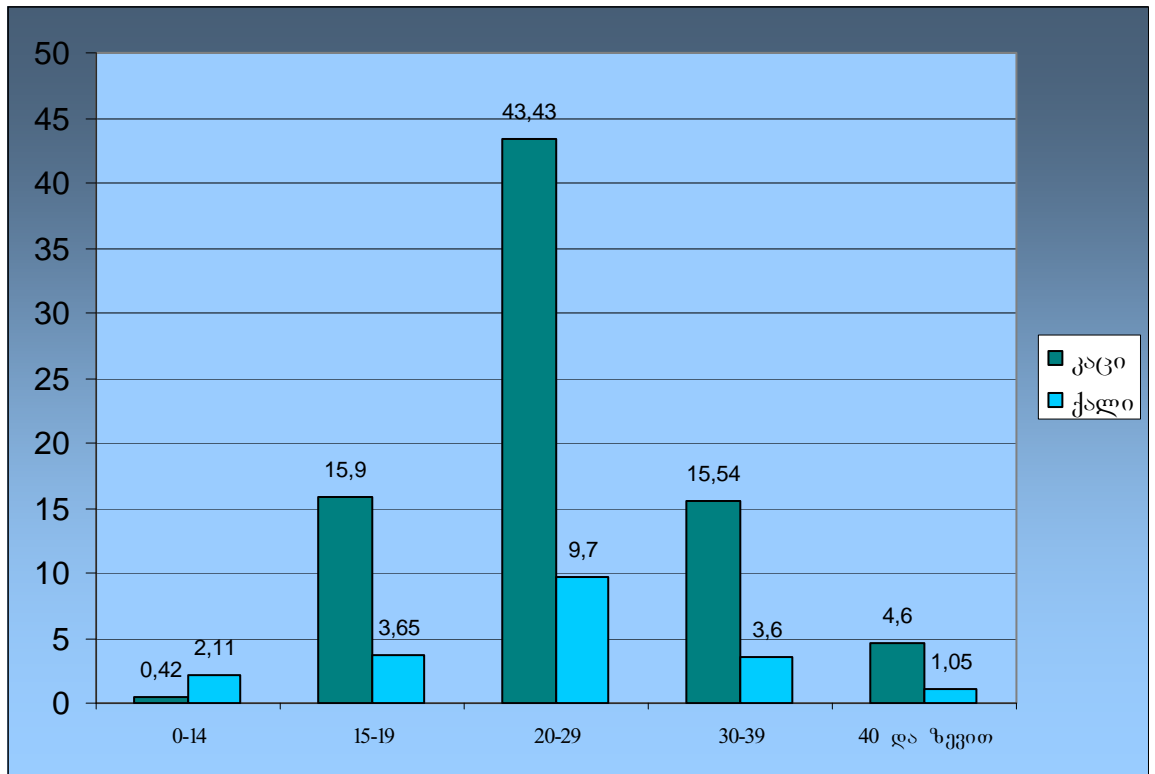
საქართველოში 2000-2005 წლებში გონორეით დაავადებულთა სქესისა და ასაკის მიხედვით განაწილების ანალიზისას დადგინდა, რომ ქვეყანაში გონორეული ინფექციით რეგისტრირებულია 79,89% მამაკაცი და 20,11% ქალი. ამასთან, გონორეით დაავადებული 0-14 წლის ასაკის მამაკაცების რაოდენობა შეადგენდა 0,42%-ს, ხოლო ქალების – 2,11%-ს; 15-19 ასაკში მამაკაცების – 15,9%, ქალების – 3,65%-ს; 20-29 ასაკში მამაკაცების – 43,43%-ს, ქალების – 9,7%-ს; 30-39 ასაკში მამაკაცების – 15,54%-ს, ქალების – 3,6%-ს; 40 წელს ზევით მამაკაცების – 4,6%-ს ქალების – 1,05%-ს. ანალიზმა გვიჩვენა, რომ გონორეით დაავადებულებში მხოლოდ 0-14 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ჭარბობდნენ ქალები.

ცხრილი №7

გონორეით (ყველა ფორმა) ავადობის ხვედრითი წილი საქართველოს მოსახლეობაში სქესისა და

ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, 2000-2005წწ

წლები	გონორით დაავადებულთა ახალ შემთხვევათა რიცხვი							
	რეგისტრირებულ შემთხვევათა რაოდენობა(აბსოლუტური რიცხვი, 100 000 სულ მოსახლეზე)	ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (აბსოლუტური რიცხვი, 100 000 სულ მოსახლეზე მოცემულ ასაკში, %)						
		სქესი	სქესის მიხედვით	0-14	15-19	20-29	30-39	40 და მეტი
2000	591 13,3	კაცი	478 22,84 80,88%	1 0,21 0,17%	52 28,54 8,80%	277 86,05 46,87%	114 34,31 19,29%	34 4,24 5,75%
		ქალი	113 4,82 19,12%	1 0,22 0,17%	23 12,86 3,89%	66 19,83 11,17%	14 4,21 2,37%	9 0,87 1,52%
2001	970 22,0	კაცი	746 35,94 76,91%	7 1,47 0,72%	189 104,42 19,48%	344 108,69 35,46%	143 47,87 14,74%	63 7,83 6,49%
		ქალი	224 9,63 23,09%	5 1,11 0,52%	67 37,51 6,90%	94 28,79 9,69%	44 13,35 4,54%	14 1,34 1,44%
2002	1259 28,8	კაცი	1004 8,70 79,75%	5 1,06 0,40%	288 160,18 22,88%	520 165,45 41,30%	151 50,89 11,99%	40 4,99 3,18%
		ქალი	255 10,04 20,25%	1 0,22 0,08%	58 32,69 4,61%	132 40,70 10,48%	50 15,27 3,97%	14 1,35 1,11%
2003	832 19,2	კაცი	692 33,72 83,17%	0	116 64,02 13,94%	432 136,11 51,92%	110 37,62 13,22%	41 5,10 4,93%
		ქალი	140 6,11 16,83%	2 0,46 0,24%	25 14,01 3,00%	77 23,63 9,25%	29 9,00 3,49%	7 0,68 0,84%
2004	935 21,7	კაცი	762 37,37 81,50%	7 1,70 0,75%	138 77,97 14,76%	449 128,07 48,02%	139 49,15 14,87%	32 3,92 3,42%
		ქალი	173 7,60 18,50%	0	18 10,45 1,93%	106 29,78 11,34%	39 12,73 4,17%	10 0,95 1,07%
2005	1202 27,31	კაცი	1062 50,79 88,35%	6 1,48 0,50%	187 107,78 15,56%	589 162,52 49,00%	230 77,05 19,13%	50 4,88 4,16%
		ქალი	140 6,06 11,65%	4 1,05 1,65%	19 11,37 1,58%	75 20,68 6,24%	37 11,79 3,08%	5 0,40 0,42%



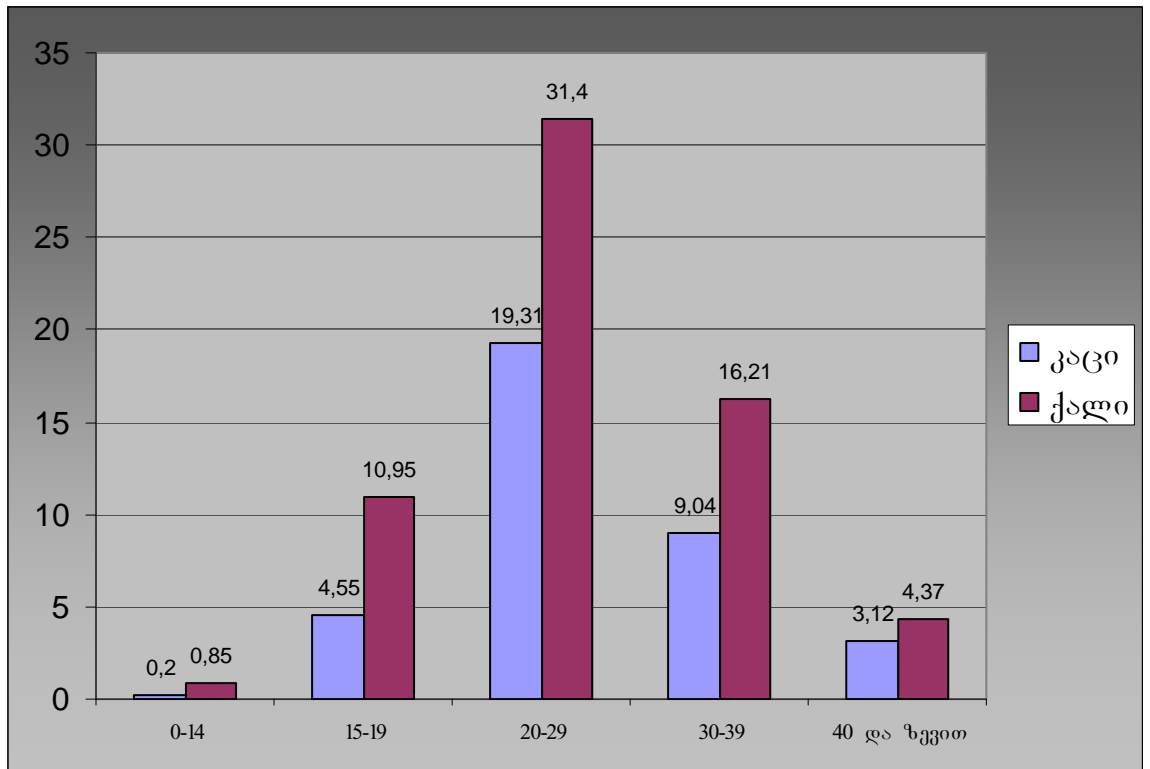
**სურათი №7.** გონორეით (ყველა ფორმა) ავადობის განაწილება საქართველოს მოსახლეობაში სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (საშუალო წლიური პროცენტული მაჩვენებლები), 2000-2005წწ

საქართველოში 2000-2005 წლებში ტრიქომონიაზით დაავადებულთა სქესისა და ასაკის მიხედვით განაწილების ანალიზისას დადგინდა, რომ ტრიქომონადული ინფექციით ავადობის საერთო სტრუქტურაში ქალების ავადობა მნიშვნელოვნად აღემატება (63,78%) მამაკაცების ავადობას (36,22%). ამასთან, ტრიქომონიაზით დაავადებული 0-14 წლის ასაკის მამაკაცების რაოდენობა შეადგენდა 0,42%, ხოლო ქალების – 0,85%-ს; 15-19 ასაკში მამაკაცების – 4,33%-ს, ქალების – 10,95%-ს; 20-29 ასაკში მამაკაცების – 19,31%-ს, ქალების – 31,4%-ს; 30-39 ასაკში მამაკაცების – 9,04%-ს, ქალების – 16,21%-ს; 40 წელს ზევით მამაკაცების – 3,12%-ს, ქალების – 4,37%-ს.

ცხრილი 18

**ტრიქომონიაზით ავადობის ხვედრითი წილი საქართველოს მოსახლეობაში სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, 2000-2005წწ**

წლები	ტრიქონიაზით დაავადებულთა ახალ შემთხვევათა რიცხვი							
	რეგისტრირებულ შემთხვევათა რაოდენობა(აბსოლუტური რიცხვი, 100 000 სულ მოსახლეზე)	ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (აბსოლუტური რიცხვი, 100 000 სულ მოსახლეზე მოცემულ ასაკში, %)						
		სქესი	სქესის მიხედვით	0-14	15-19	20-29	30-39	40 და მეტი
2000	2086 47,0	კაცი	702 33,54 3,65%	3 0,62 0,14%	94 51,59 4,51%	327 101,58 15,68%	187 61,96 8,96%	91 11,34 4,36%
		ქალი	1384 59,08 66,35%	11 2,40 0,53%	167 93,40 8,01%	723 217,25 34,66%	363 109,24 17,40%	120 11,54 5,75%
2001	2934 66,7	კაცი	838 40,37 28,56%	16 3,37 0,55%	110 60,77 3,75%	421 133,02 14,35%	219 73,32 7,46%	72 8,95 2,45%
		ქალი	2096 90,13 71,44%	53 11,80 1,81%	332 185,89 11,32%	1011 309,65 34,46%	586 177,79 19,97%	114 10,94 3,89%
2002	2969 67,9	კაცი	1112 53,94 37,45%	10 2,12 0,34%	116 64,52 3,91%	599 190,58 20,18%	285 96,06 9,60%	102 12,75 3,44%
		ქალი	1897 82,13 63,89%	21 4,72 0,71%	291 164,04 9,80%	905 279,06 30,48%	497 151,80 16,74%	143 13,81 4,82%
2003	2596 59,8	კაცი	1091 53,17 42,03%	0	104 57,40 4,01%	666 209,83 25,65%	261 89,26 10,05%	60 7,47 2,31%
		ქალი	1505 65,70 57,97%	8 1,86 0,31%	267 149,66 10,29%	740 227,06 28,51%	369 114,56 14,21%	121 11,70 4,66%
2004	3251 75,3	კაცი	1274 62,48 39,19%	3 0,73 0,09%	213 120,34 6,55%	679 193,67 20,89%	283 100,07 8,71%	96 11,75 2,95%
		ქალი	1977 86,86 60,81%	2 0,51 0,06%	270 156,79 8,31%	1102 309,55 33,90%	470 153,39 14,46%	133 10,77 4,09%
2005	3642 82,75	კაცი	1037 49,60 28,47%	3 0,74 0,08%	167 96,25 4,59%	696 192,05 19,11%	352 117,92 9,67%	116 11,31 3,19%
		ქალი	2605 112,75 71,53%	8 2,09 0,22%	367 219,63 10,08%	1187 327,36 32,59%	528 168,21 14,50%	218 17,41 5,99%

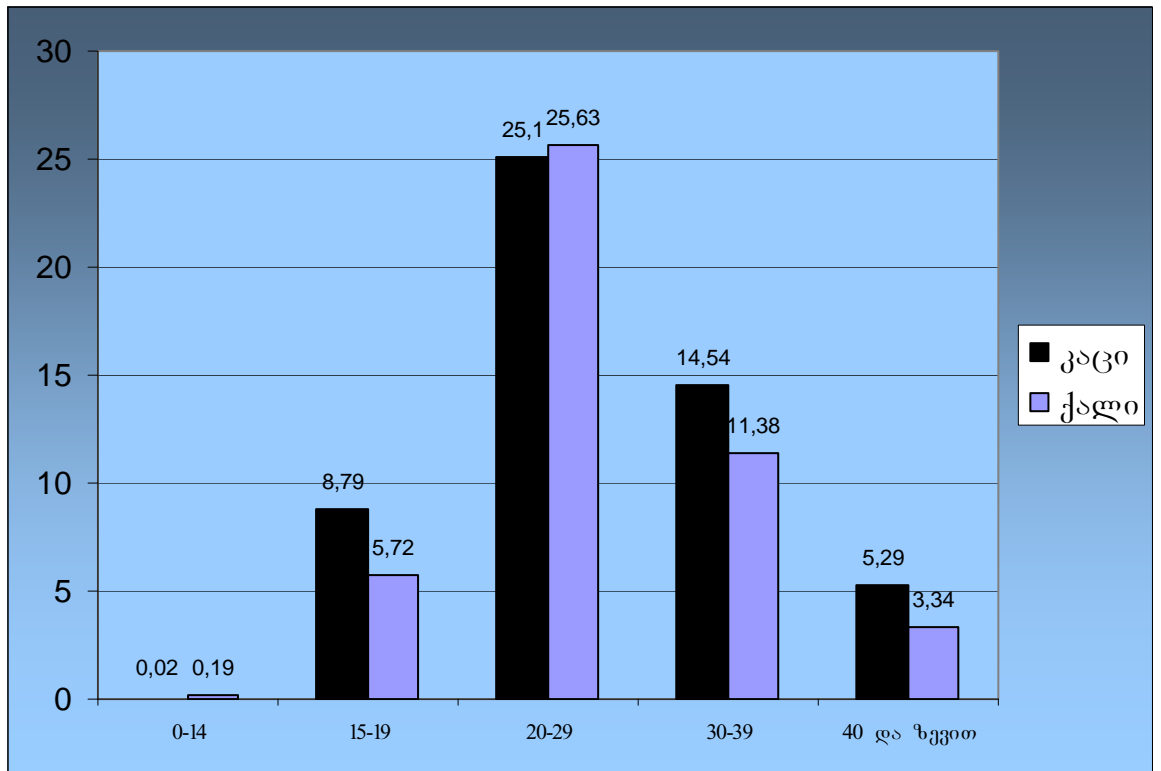


**სურათი 18.** ტრიქომონიაზით (ყველა ფორმა) ავადობის განაწილება საქართველოს მოსახლეობაში სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (საშუალო წლიური პროცენტული მაჩვენებლები), 2000-2005წწ

საქართველოში 2000-2005 წლებში ქლამიდიოზით დაავადებულთა სქესისა და ასაკის მიხედვით განაწილების ანალიზისას დადგინდა, რომ ქლამიდიური ინფექციით ავადობის საერთო სტრუქტურაში მამაკაცების ავადობა უმნიშვნელოდ აღემატება (53,74%) ქალების ავადობას (46,26%). ამასთან, ქლამიდიოზით დაავადებული 0-14 წლის ასაკის მამაკაცების რაოდენობა შეადგენდა 0,02%, ხოლო ქალების – 0,19%-ს; 15-19 ასაკში მამაკაცების – 8,79%-ს, ქალების – 5,72%-ს; 20-29 ასაკში მამაკაცების – 25,1%-ს, ქალების – 25,63%-ს; 30-39 ასაკში მამაკაცების – 14,54%-ს, ქალების – 11,38%-ს; 40 წელს ზევით მამაკაცების – 5,29%-ს, ქალების – 3,34%-ს. მხოლოდ 20-29 ასაკში ქალების რაოდენობა აღემატება მამაკაცების რაოდენობას.

ქლამიდოზით ავადობის ხვედრითი წილი საქართველოს მოსახლეობაში სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, 2000-2005წწ

წლები	ქლამიდოზით დაავადებულთა ახალ შემთხვევათა რიცხვი							
	რეგისტრირებულ შემთხვევათა რაოდენობა(აბსოლუტური რიცხვი, 100 000 სულ მოსახლეზე)	ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (აბსოლუტური რიცხვი, 100 000 სულ მოსახლეზემოცემულ ასაკში, %)						
		სქესი	სქესის მიხედვით	0-14	15-19	20-29	30-39	40 და მეტი
2000	199 4,5	კაცი	122 5,83 61,31%	0	1 0,55 0,50%	56 17,40 28,14%	48 15,90 24,12%	17 2,12 8,54%
		ქალი	77 3,29 38,69%	0	3 1,68 1,51%	47 14,12 23,62%	23 6,92 11,56%	14 1,35 7,04%
2001	460 10,5	კაცი	211 10,16 45,87%	0	62 34,25 13,48%	80 25,28 17,39%	49 16,40 10,65%	20 2,49 4,35%
		ქალი	249 10,71 54,13%	1 0,22 0,22%	48 26,88 10,43%	117 35,83 25,43%	61 18,51 13,26%	22 2,11 4,78%
2002	891 20,4	კაცი	455 22,07 51,07%	0	95 52,84 10,66%	205 65,22 23,01%	114 38,42 12,79%	41 5,12 4,60%
		ქალი	436 18,88 48,93%	2 0,45	78 43,97 8,75%	234 72,16 26,26%	98 29,93 10,99%	24 2,32 2,69%
2003	584 13,4	კაცი	321 15,64 54,97%	0	34 18,76 5,82%	166 52,30 28,42%	90 30,78 15,41%	31 3,86 5,31%
		ქალი	263 10,30 45,03%	2 0,46 0,34%	23 12,89 3,94%	153 46,95 26,20%	75 23,28 12,84%	10 0,97 1,71%
2004	704 16,3	კაცი	375 18,39 53,27%	0	75 42,37 10,65%	190 54,19 26,99%	75 26,52 10,65%	35 4,28 4,97%
		ქალი	329 14,45 46,73%	0	34 19,74 4,83%	214 60,11 30,40%	69 22,52 9,81%	12 1,14 1,70%
2005	1030 23,40	კაცი	626 29,94 60,78%	1 0,25 0,10%	120 69,16 11,65%	324 89,40 31,46%	140 46,90 13,59%	41 3,99 3,98%
		ქალი	404 17,49 39,22%	6 1,57 0,58%	50 29,92 4,85%	225 62,05 21,84%	101 32,18 9,81%	22 1,76 2,14%



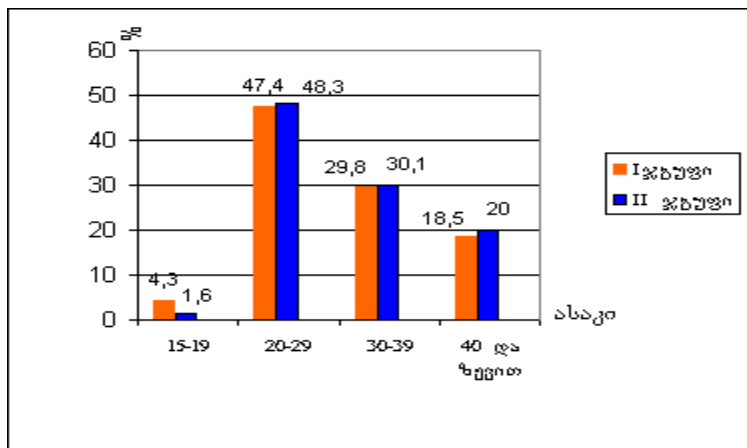
**სურათი 9.** ქლამიდიოზით ავადობის განაწილება საქართველოს მოსახლეობაში სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (საშუალო წლიური პროცენტული მაჩვენებლები), 2000-2005წწ

საქართველოში 2000-2005 წლებში აღინიშნებოდა მხოლოდ სიფილისით ავადობის შემცირების ტენდენცია: 100 000 სულ მოსახლეზე 2000 წელს 20,3 შემთხვევიდან 2005 წელს 11,6 შემთხვევამდე. სხვა დაავადებების მხრივ შეინიშნებოდა ავადობის მატების ტენდენცია: ტრიქომონიაზით \_ 47,0 შემთხვევიდან 78,2 შემთხვევამდე, გონორეით \_ 13,3-დან 27,3-მდე, ხოლო ქლამიდიოზით \_ 4,5-დან 23,4-მდე.

ასაკობრივ სტრუქტურაში რისკ-ჯგუფს, რომელიც ყველაზე უფრო მეტად ექვემდებარება სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით ავადობას, წარმოადგენს 20-29წლის ასაკობრივი ჯგუფი, მასთან ახლოს დგას 30-39 წლიანთა ჯგუფი. ორივე ჯგუფი ყოველწლიურად რეგისტრირებულ ავადმყოფთა რაოდენობის მიხედვით სიფილისის შემთხვევაში შეადგენს 70,8%-ს, გონორეის შემთხვევაში \_ 72,27%-ს, ტრიქომონიაზის \_ 75,96%-ს, ქლამიდიოზის დროს \_ 76,65%-ს.

ავადობის საერთო სტრუქტურაში, ყოველწლიურად რეგისტრირებულ ავადმყოფთა რაოდენობის მიხედვით, სქესობრივი გზით გადამდები ყველა სახის ინფექციებით ავადობისას აღინიშნება მამაკაცების სიჭარბე, გარდა ტრიქომონიაზის შემთხვევისა. სიფილისის შემთხვევაში დაავადებულ მამაკაცთა და ქალთა მაჩვენებელი შესაბამისად შეადგენს 56,88%-ს და 43,12%-ს, გონორეის – 79,89%-ს და 21,11%-ს, ქლამიდიოზის – 53,74%-ს და 46,26%-ს, ტრიქომონიაზის – 36,22%-ს და 63,78%-ს.

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით განმეორებით და პირველად დაავადებულთა ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები ჩვენს მიერ შესწავლილი იყო 53 სგგი-ით პირველად დაავადებულებში (I ჯგუფი) და 53 სგგი-ით განმეორებით დაავადებულებში (II ჯგუფი). დაავადებულთა ორივე ჯგუფში შედიოდა 50 მამაკაცი და 56 ქალი. ასაკი ვარირებდა 17-დან 54 წლის ფარგლებში (სურათი №10).



**სურათი №10.** ავადმყოფთა განაწილება ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით (%-ში).

ყველაზე უფრო მრავალრიცხოვანი იყო 20-29 წლის ასაკის ჯგუფი – 48,3% (მეორე ჯგუფი) და 47,4% (პირველი ჯგუფი). შემდეგ 30-39 წლიანთა ჯგუფი – 30,1% და 29,8%; 40 წლის ზევით – 20,0% და 18,5%; 15-19 წლიანთა 1,6% და 4,3%; ამრიგად, შესასწავლი ჯგუფები სქესისა და ასაკის მიხედვით ანალოგიური იყო.

პირველად დაავადებულებში (ცხრილი №1) სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები შემდეგნაირად განაწილდა: ქლამიდიოზი – 31 (58,49%), მათ შორის 16 მამაკაცი (64%) და 15 ქალი (53,57%), სიფილისი – 3 (5,66%) ავადობა, მათ შორის 1 მამაკაცი (4%) და 2 ქალი (7,14%), გონორეა – 6 (11,32%), მათ შორის 4 მამაკაცი (16%)



და 2 ქალი (7,14%) და ტრიქომონიაზი - 13 (24,53%), მათ შორის 4 მამაკაცი (16%) და 9 ქალი (32,15%).

ცხრილი №10

**პირველად დაავადებულთა განაწილება ინფექციების ფორმების მიხედვით (I ჯგუფი)**

ინფექციები	მამაკაცები		ქალები		ორივე	
	დაავადებულთა რაოდენობა	(%)	დაავადებულთა რაოდენობა	(%)	ყველა დაავადებული	ყველა დაავადებული (%)
სიფილისი	1	4	2	7,14	3	5,66
გონორეა	4	16	2	7,14	6	11,32
ტრიქომონიაზი	4	16	9	32,15	13	24,53
ქლამიდიოზი	16	64	15	53,57	31	58,49
სულ	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

განმეორებით დაავადებულებში (ცხრილი №11) სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები შემდეგნაირად განაწილდა: ქლამიდიოზი – 30 (57,41%), მათგან მამაკაცი იყო – 15 (დაავადებულ მამაკაცთა 60%) და ქალი – 15 (დაავადებულ ქალთა 53,58%); ტრიქომონიაზი დიაგნოსტირებულია 12 ავადმყოფში (22,22%), მათ შორის 3 მამაკაცი (12%) და 9 ქალი (32,14%). სიფილისი დაუდგინდა 3 (5,56%) ავადმყოფს, მათ შორის 1 ქალს (3,57%) და 2 მამაკაცს (8%), გონორეა – 8 ავადმყოფს (14,81%), მათ შორის 5 მამაკაცს (20%) და 3 ქალს (10, 71%).

ცხრილი №11

**განმეორებით დაავადებულთა განაწილება ინფექციების ფორმების მიხედვით (II ჯგუფი)**

ინფექციები	მამაკაცები		ქალები		ორივე	
	დაავადებულთა რაოდენობა	(%)	დაავადებულთა რაოდენობა	(%)	ყველა დაავადებული	ყველა დაავადებული (%)
სიფილისი	2	8	1	3,57	3	5,56
გონორეა	5	20	3	10,71	8	14,81
ტრიქომონიაზი	3	12	9	32,14	12	22,22
ქლამიდიოზი	15	60	15	53,58	30	57,41
სულ	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

ტრიქომონიაზით განმეორებით დაავადებულთა ჯგუფში 7 ადამიანი წარსულში უკვე იყო ტრიქომონიაზით ავად, ქლამიდიოზით – 2, გონორეით – 1, ორ ავადმყოფს გადატანილი ჰქონდა შერეული ინფექცია (ტრიქომონიაზი + გონორეა – 1, ტრიქომონიაზი + სიფილისი – 1).

ქლამიდიოზით განმეორებით დაავადებულთა ჯგუფში 11 ადამიანი უკვე იყო ქლამიდიოზით ავად. 10 ავადმყოფს ანამნეზში აღენიშნებოდა წარსულში გადატანილი გონორეა, ტრიქომონიაზი – 6, სიფილისი – 2, ერთ ავადმყოფს – შერეული ინფექცია (ქლამიდიოზი+ურეაპლაზმოზი).

სიფილისით განმეორებით დაავადებულთა ჯგუფში ერთ ავადმყოფს წარსულში გადატანილი ჰქონდა სიფილისი, ერთ ავადმყოფს – გონორეა, ერთს – ტრიქომონიაზი.

გონორეით განმეორებით დაავადებულთა ჯგუფში 3 ადამიანი წარსულში უკვე იყო გონორეით ავად, ორ ავადმყოფს გადატანილი ჰქონდა ტრიქომონიაზი; ორს – ქლამიდიოზი, ერთს – სიფილისი.

ყველა ავადმყოფი გამოკვლეული იყო ფსიქოლოგის მიერ. სგგი-ით დაავადებულ პაციენტთა (კერძოდ, განმეორებით დაავადებულთა) მიმართ გამოკვლევის ასეთი პრაქტიკა პირველად იქნა გამოყენებული ქვეყანაში. პაციენტებს, რომლებიც საჭიროებდნენ ფსიქოლოგიურ და ფიზიკურ რეაბილიტაციას, გაიარეს სრული აღდგენითი კურსი.

### **2.3. ავადმყოფთა სოციალური, ინდივიდუალურ-ფსიქოლოგიური მახასიათებლები, მათთან დაკავშირებული სექსუალური ქცევის სტილის ფორმირება**

სოციალური მახასიათებლებისა და მოსახლეობაში სგგი-ის გავრცელების სხვა ხელისშემწყობი ფაქტორების მიზნით გამოყენებული იყო ჩვენს მიერ სპეციალურად შემუშავებული ანკეტა. ანკეტირებას ექვემდებარებოდნენ სგგი-ით პირველად დაავადებულები – 53 (15 მამაკაცი, 38 ქალი) I ჯგუფი, განმეორებით დაავადებულები

\_53 (22 მამაკაცი, 31 ქალი) II ჯგუფი და ჯანმრთელები \_ 52 (17 მამაკაცი, 35 ქალი) III ჯგუფი.

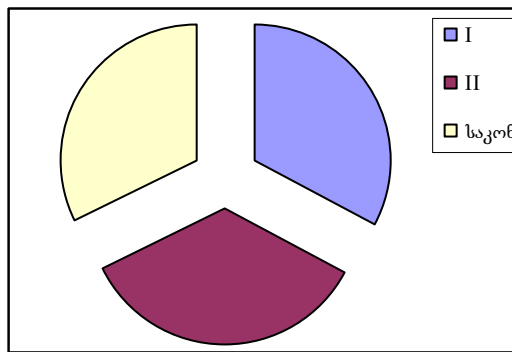
ანკეტის I ბლოკში გამოვიკვლიეთ სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მიმართ რესპონდენტების ინფორმირებულობა, დამოკიდებულება და ქცევითი პატერნები.

ანკეტის II ბლოკში გამოვიკვლიეთ რესპონდენტთა დემოგრაფია, რომელშიც იგულისხმება როგორც პიროვნული, ასევე მიკროსოციალური გარემო.

ანკეტის III ბლოკში გამოვიკვლიეთ ფსიქოლოგიური თავისებურებები.

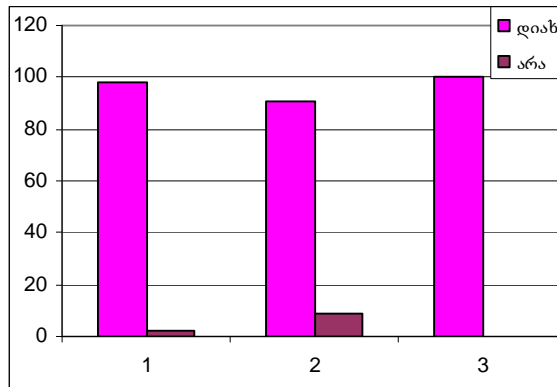
ანკეტაში კითხვარების ფორმა იყო ძირითადად დახურული ტიპის, რამდენიმე კითხვა იყო ღია ტიპის.

სამივე ჯგუფის პროცენტული გადანაწილება დაახლოვებით თანაბარია:



**სურათი №11** გამოკითხულთა ჯგუფების მიხედვით განაწილება

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების შესახებ ინფორმირებულობის თვითშეფასების კვლევისას რესპოდენტთა უმრავლესობამ დაადასტურა, რომ ფლობს ინფორმაციას ვენერულ დაავადებათა შესახებ. თუმცა მცირედი განსხვავება მათ შორისაც შეინიშნება. ყველაზე ნაკლებინფორმირებულებად ამ თვალსაზრისით საკუთარ თავს II ჯგუფის წარმომადგენლები აფასებენ (9.1%). ამრიგად, ინფორმაციის ნაკლებობა ერთ-ერთ რისკფაქტორად შეიძლება ჩაითვალოს სგგი-ის გავრცელების თვალსაზრისით. (სურათი №12)



**სურათი №12.** გამოკითხულთა ინფორმირებულობა სგგი-ის თაობაზე სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების შესახებ რესპონდენტებისათვის ინფორმაციის მიღების წყარო რანგულად შემდეგი პრინციპით გადანაწილდა (რიცხვის სახით მითითებულია რანგული წონა):

ცხრილი №12

I ჯგუფი	II ჯგუფი	III ჯგუფი
მეგობრები 30,3 სამედიცინო მუშაკები 28,8 მასმედიის საშუალებები 25,8 ოჯახის წევრები 12,1 სხვა 3	სამედიცინო მუშაკები 36,7 მეგობრები 29,1 მასმედიის საშუალებები 19 ოჯახის წევრები 6,3 მასწავლებლები 5,1 სხვა 3,8	მასმედიის საშუალებები 29,1 სამედიცინო მუშაკები 29,1 მასწავლებლები 16,5 მეგობრები 15,2 ოჯახის წევრები 6,3 სხვა 3,8

სგგი-ის შესახებ ინფორმაციის მიღების წყაროდ რესპონდენტთა უმრავლესობამ დაასახელა მედიცინის მუშაკები (31,53%), მეგობრები (24,87%), მასმედია (24,63%). მცირე ნაწილმა კი - ოჯახი (8,23) და მასწავლებლები (7,2%). ამ შემთხვევაში გარკვეულწილად იგნორირებულია მასწავლებლის, როგორც ახალგაზრდა ადამიანის მენტალიტეტისა და მსოფლმხედველობის მიმართულების მიმცემის როლი.

რესპონდენტთა მიერ დასახელებული სქესობრივი კავშირის ფორმები (ვაგინალური, ორალური, ანალური), როგორც უსაფრთხო სქესობრივი გზით გადამდები დაავადების თავიდან აცილებისათვის, რანგული თვლასაზრისით შემდეგნაირად გადანაწილდა:

ცხრილი №13

I ჯგუფი	II ჯგუფი	III ჯგუფი
---------	----------	-----------

არც ერთი (37) არ ვიცი 35.2 ვაგინალური 18.5 ორალური 7.4 ანალური 1.9	არც ერთი (49,2) არ ვიცი 25.4 ორალური 13.6 ვაგინალური 8.5 ანალური 3.4	არც ერთი (67,9) არ ვიცი 15.1 ორალური 9.4 ვაგინალური 7.5
--	--	--

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადების თავიდან აცილებისათვის სქესობრივი კავშირის სამივე ფორმას უსაფრთხოდ არ მიიჩნევს III ჯგუფის უმრავლესობა (67,9). მართალია, იგივე პასუხს I ადგილს ანიჭებენ I (37) და II ჯგუფის (49,2) წარმომადგენლებიც, რაოდენობრივი თვალსაზრისით მათ შორის სხვაობა აშკარაა. (ცხრილი №13) გარდა ამისა, ანალური კავშირის უსაფრთხოების შესახებ არც ერთი დადებითი პასუხი არ გამოუთქვამს III ჯგუფის რესპონდენტებს.

ცხრილი №14

I ჯგუფი	II ჯგუფი	III ჯგუფი
პრეზერვატივის გამოყენება 50,7 მუდმივი პარტნიორი 24,7 სექსზე უარის თქმა 11 მოშარდვა და დაბანა სქესობრივი აქტის შემდეგ (5,5-5,5) შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი 2,7	პრეზერვატივის გამოყენება 47,8 მუდმივი პარტნიორი 26,1 სექსზე უარის თქმა 10,9 მოშარდვა და დაბანა სქესობრივი აქტის შემდეგ(5,4-5,4) შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი 3,3 ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებები 1,1	პრეზერვატივის გამოყენება 51,2 მუდმივი პარტნიორი 27,4 სექსზე უარის თქმა 13,1 შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი 4,8 მოშარდვა და დაბანა სქესობრივი აქტის შემდეგ და ექიმის კონსულტაცია (1,2-1,2-1,2)

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გადაცემის თავიდან აცილების საშუალებების მიმართ დაახლოებით ერთნაირი დამოკიდებულება გამოავლინეს სამივე ჯგუფის წარმომადგენლებმა. (ცხრილი №14) კერძოდ: I ჯგუფის 50,7, II ჯგუფის 47,8 და III ჯგუფის 51,2 უპირატესობას ანიჭებდა პრეზერვატივს. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ III ჯგუფის წარმომადგენლები მიუთითებენ ექიმის კონსულტაციას, რაც მათ გათვითცნობიერებასა და საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვას კიდევ ერთხელ უსვავს ხაზს. II ჯგუფის წარმომადგენლები კი დამატებით მიუთითებენ ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებებით ვენერული სნეულებების თავიდან აცილებას, რაც არასწორია და გარდა ინფორმაციის ნაკლებობისა ეს ტენდენცია II ჯგუფის შემთხვევაში შეიძლება ჩაითვალოს არარაციონალური ქცევითი პატერნების და უსაფრთხო სქესობრივი ურთიერთობების ჩვევების ჩამოყალიბებლობაზე. (ცხრილი №14)

ცხრილი №15

I ჯგუფი	II ჯგუფი	III ჯგუფი
გამონადენი სასქესო ორგანოდან 50 ცვლილებები სასქესო ორგანოზე 45,5 გულისრევა და პირღებინება 3 ქავილი 1,5	გამონადენი სასქესო ორგანოდან 52,3 ცვლილებები სასქესო ორგანოზე 43 მაღალი არტერიული წნევა 2,3 გულისრევა, პირღებინება და ქავილი (1,2-1,2)	გამონადენი სასქესო ორგანოდან 51,7 ცვლილებები სასქესო ორგანოზე 44,9 ქავილი 3,4

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების კლინიკურ ნიშნებს სამივე ჯგუფის წარმომადგენლებმა საკმაოდ ზუსტი პასუხები გასცეს. სიმპტომთა ჩამონათვალში I ჯგუფის 50-მა, II-ს 52,3-მა და III-ს 51,7-მა რესპონდენტმა დაასახელა გამონადენი სასქესო ორგანოდან; ცვლილებები სასქესო ორგანოებზე დაასახელა I ჯგუფის 45,5-მა, II-ს 43-მა და III-ს 44,9-მა რესპონდენტმა; დამატებით დაასახელა ქავილის შეგრძნება I ჯგუფის 1,5-მა, II-ს 1,2-მა და III-ს 3,4-მა, რაც სიმპტომთა ჩამონათვალში მითითებული არ იყო. ჩამოთვლილი ფაქტორებიდან არც ერთხელ არ დასახელდა მაღალი ტემპერატურა. I და II ჯგუფის ერთეულმა წარმომადგენლებმა სიმპტომთა ჩამონათვალში შეარჩიეს მცდარი (გულისრევა და პირღებინება) და არაადექვატური (მაღალი არტერიული წნევა) პასუხები. (ცხრილი №15)

ცხრილი №16

I ჯგუფი	II ჯგუფი	III ჯგუფი
ვენეროლოგს 53,7 გინეკოლოგს 31,3 უროლოგი 7,5 ნებისმიერ ექიმს 6 დაელოდოს განკურნებას 1,5	ვენეროლოგს 65,8 გინეკოლოგს 21,1 უროლოგი 9,2 ნებისმიერ ექიმს 2,6 დაელოდოს განკურნებას 1,3	ვენეროლოგს 60 გინეკოლოგს 33,3 უროლოგი 12 ნებისმიერ ექიმს 2,7 დაელოდოს განკურნებას ან ჩაიტაროს თვითმკურნალობა 1,3

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების სავარაუდო ნიშნების შემთხვევაში დახმარებისათვის მიმართვის მისამართი სამივე ჯგუფის წარმომადგენლებმა სწორად დაასახელეს – ვენეროლოგი (59,83%).

არც ერთხელ არ დასახელდა ექიმბაშთან მიმართვის გზა. III ჯგუფის შემთხვევაში თვითგანკურნებასთან ერთად ერთეულებმა თვითმკურნალობის გზაც აირჩიეს. მიუხედავად იმისა, რომ ორივე ეს პასუხი არასწორია, რესპონდენტები ავლენენ საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის უნარ-ჩვევებს. (ცხრილი №16)

ცხრილი №17

I ჯგუფი	II ჯგუფი	III ჯგუფი
---------	----------	-----------

პროსტიტუცია 39.1 არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენური პირობები 20.7 ნარკომანია 18.4 განათლების დაბალი დონე 14.9 დაბალი მატერიალური შემოსავალი 4.6 უმუშევრობა და მიგრაციის მაღალი დონე 1,1	პროსტიტუცია 41.6 ნარკომანია 18.6 განათლების დაბალი დონე 16.8 არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენური პირობები 11.5 უმუშევრობა 5.3 მიგრაციის მაღალი დონე 3.5 დაბალი მატერიალური შემოსავალი 1.8 არ ვიცი 0.9	პროსტიტუცია 36.1 ნარკომანია 21 არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენური პირობები 16.8 განათლების დაბალი დონე 16 მიგრაციის მაღალი დონე 5 დაბალი მატერიალური შემოსავალი 3.4 უმუშევრობა და არ ვიცი 0.8
---	--	---

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გადაცემის რისკის ზრდის ფაქტორები დაახლოებით ერთნაირი თანმიმდევრობით დასახელდა: პროსტიტუცია I ჯგუფის მიერ – 39,1%, II ჯგუფის მიერ – 41,6% და III ჯგუფის მიერ – 36,1%; ნარკომანია შესაბამისად – 18,4%, 18,6% და 21%; აღსანიშნავია, რომ II ჯგუფის წარმომადგენლების 16,8%-მა სგვი-ის გადაცემის ერთ-ერთ რისკ-ფაქტორად განათლების დაბალი დონე დასახელეს (ცხრილი №17).

ცხრილი №18

I ჯგუფი	II ჯგუფი	III ჯგუფი
დიახ – 30,8%	დიახ – 27,3%	დიახ – 45,1%
არა – 34,6%	არა – 47,3%	არა – 39,2%
არ ვიცი – 34,6%	არ ვიცი – 25,5%	არ ვიცი – 15,7%

ქორწინებამდე სქესობრივ კავშირზე უარის თქმას და ქორწინებაში ყოფნას, როგორც სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისაგან თავის აცილების ერთ-ერთ საშუალებად მიიჩნევს III ჯგუფის რესპონდენტთა თითქმის ნახევარი (45,1%). დაახლოებით იგივე პროცენტული რაოდენობით (47,3%) უარყოფითი პასუხი გასცეს II ჯგუფის რესპონდენტებმა. I ჯგუფი კი მთლიანობაში ნეიტრალურ პოზიციას ავლენს (ცხრილი 118).

სამივე ჯგუფში გამოიკვეთა სქესობრივი ცხოვრების შესახებ ინფორმაციის შეტყობის დაახლოებით ერთნაირი ასაკი, საშუალოდ 13 წელი (სტანდარტული გადახრა ± 2). მინიმალური ასაკი იყო 6 წელი, მაქსიმალური – 20. ეს მონაცემი საშუალებას იძლევა დადგინდეს ოპტიმალური ასაკობრივი საზღვრები, რომელთა ფარდლებშიც, ასაკობრივი თავისებურებების გათვალისწინებით, უნდა მოხდეს საგანმანათლებლო მუშაობა.

ცხრილი №19

I ჯგუფი	II ჯგუფი	III ჯგუფი
თანატოლებისაგან 49,1 უფროსი მეგობრებისაგან 24,6 მასობრივი ინფორმაციის	თანატოლებისაგან 42 უფროსი მეგობრებისაგან 20,3 მასობრივი ინფორმაციის საშუალებით	თანატოლებისაგან 44,3 უფროსი მეგობრებისაგან 24,3 მასობრივი ინფორმაციის

საშუალებით 15,8 პარტნიორისაგან 7 მშობლებისაგან და ექიმისაგან 1,8-1,8	14,5 პარტნიორისაგან 11,6 სხვა 5,8 მასწავლებლებისაგან 2,9 მშობლებისაგან და ექიმისაგან 1,4-1,4	საშუალებით 20 მშობლებისაგან 7,1 მასწავლებლებისაგან 4,3
---	--	--

სქესობრივი ცხოვრების შესახებ პირველი ინფორმაციის მიღების წყაროდ დასახელებულ წამყვან ტენდენციებში რესპონდენტები ერთნაირად მიუთითებენ თანატოლებს: I ჯგუფი – 49,1%, II ჯგუფი – 42%, III ჯგუფი – 44,3%; უფროს მეგობრებს – 24,6%, 20,3% და 24,3% შესაბამისად და მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებს – 15,8%, 14,5% და 20% შესაბამისად. მშობლების, მასწავლებლებისა და მედიცინის მუშაკების წილი, როგორც სქესობრივი ცხოვრების შესახებ ინფორმაციის პირველი მიმწოდებლის, არის ძალიან მცირე. (ცხრილი №19)

ანკეტირებულთა მნიშვნელოვანმა ნაწილმა მიუთითა, რომ ინფორმაცია მიღებული ჰქონდა ერთდროულად ორი წყაროდან: მეგობრები + ლიტერატურა, ტელევიზია; ტელევიზია + მშობლები ან მედიკოსები. ამასთან, ხდებოდა დანაწევრებულად მიღებული ინფორმაციის ახსნა, განსჯა მცოდნე, «გამოცდილ ადამიანებთან» ერთად, ან პირიქით, ცდილობდნენ მეგობართა წრეში მიღებული ინფორმაცია გადაემოწმებინათ ლიტერატურის კითხვით ან კინო-ვიდეოფილმების ნახვით. მშობელთა როლი ამ საკითხში ძირითადად დაიყვანებოდა დედის გასაუბრებაზე ქალიშვილებთან მენტორულური ციკლის დროს ჰიგიენის დაცვასთან დაკავშირებით. მამები არ განიხილავდნენ ვაჟიშვილებთან სქესობრივი ცხოვრების საკითხებს. შამედიცინო მუშაკებისაგან მიღებული ინფორმაცია აგრეთვე ძირითადად დაიყვანებოდა შარდსასქესო ორგანოთა ჰიგიენის წესებისა და აბორტების პროფილაქტიკის განხილვზე.

მიღებული მონაცემები მიუთითებენ, რომ პიროვნების ფორმირების დროს, კერძოდ, სექსუალურად აქტიურ ასაკში, ესოდენ მნიშვნელოვანი ინფორმაცია, მასთან ხვდება მეტწილად დამახინჯებული, გამარტივებული სახით და პრიმიტიულად ასახავს პიროვნებათშორის ურთიერთობებს. ინფორმაციის ისეთი წყაროები, როგორცაა «მეგობრები», «ლიტერატურა და ტელევიზია» არ შეიცავს აღმზრდელობით მომენტებს. ცრუ მორცხვობის, საკუთარი ცოდნისა და უნარების არარსებობის გამო მშობლები და მასწავლებლები არ იყენებენ საკუთარ



შესაძლებლობებს ბავშვებისა და მოზარდებისათვის ინფორმაციის მიწოდების თვალსაზრისით, რაც შემდგომში ასახვას ჰპოვებს ამ ადამიანთა მიერ მომავალი თაობების აღზრდაში. სექსუალური განათლებისა და ბავშვთა სქესობრივი აღზრდის საფუძვლებს თაობიდან თაობაში დუმილით უვლიან გვერდს.

სქესობრივი ცხოვრების დაწყების ასაკის მიხედვით, ყველაზე ადრეულ ასაკში სქესობრივი ცხოვრება II ჯგუფის რესპონდენტებმა დაიწყეს. მათთვის ეს ასაკი საშუალოდ 17 წელია, აქედან მინიმალური – 11 და მაქსიმალური – 24. რაც შეეხება I და III ჯგუფის რესპონდენტებს, მათთვის ეს ასაკი საშუალოდ 20 წელია.

ცხრილი №20

I ჯგუფი	II ჯგუფი	III ჯგუფი
უფროსი 74,5% თანატოლი 19,6% უმცროსი 3,9% არ ვიცი 2%	უფროსი 66,7% თანატოლი 25,9% უმცროსი 5,6% არ ვიცი 1,9%	უფროსი 66,8% არ ვიცი 13,2% თანატოლი და უმცროსი 10,5-10,5%

სამივე ჯგუფის წარმომადგენელთა უმრავლესობისათვის პირველი სქესობრივი პარტნიორი იყო ასაკით უფროსი (დაახლოებით 66%), ან თანატოლი (18,7%). (ცხრილი №20)

პირველი სქესობრივი პარტნიორის ასაკი მერყეობდა გამოკითხულთა სქესისა და ასაკის მიხედვით და განსხვავდებოდა მამაკაცებსა და ქალებში. ყურადღებას იპყრობს ის გარემოება, რომ ორივე ჯგუფის მამაკაცები ერთნაირი სიხშირით ამყარებდნენ სქესობრივ ურთიერთობებს როგორც ასაკით მათზე უფროსებთან, ისე თანატოლებთან. მცირე ნაწილი პირველ სქესობრივ პარტნიორად ირჩევდა ასაკით გაცილებით მათზე ახალგაზრდა ქალს. ქალები კი, ძირითადად სქესობრივ ურთიერთობებს ასაკით მათზე ახალგაზრდა კაცებთან ან მათ თანატოლებთან ამყარებენ.

გამოკითხვამ გვიჩვენა, რომ პირველი სქესობრივი პარტნიორი ძირითადად ასაკით უფროსია, რომელთა უმრავლესობას აქვს ოჯახი და ჰყავს შვილები.

ცხრილი №21

I ჯგუფი	II ჯგუფი	III ჯგუფი
ფიზიკური ლტოლვა 28,2 გატაცება, სიყვარული 26,9 ოჯახის შექმნის მიზნით 21,8	ფიზიკური ლტოლვა 29,3 გატაცება, სიყვარული 23,2 ოჯახის შექმნის მიზნით 15,9	ოჯახის შექმნის მიზნით 29,6 ფიზიკური ლტოლვა 24,1 გატაცება, სიყვარული 22,2

ცნობისმოყვარეობა 10,3 შემთხვევითობა 7,7 თვითდამკვიდრება 3,8 მატერიალური დაინტერესება 1,3	ცნობისმოყვარეობა 12,2 შემთხვევითობა 7,3 სექსუალური ძალადობა 6,1 თვითდამკვიდრება 4,9 ტრეფიკინგი 1,2	ცნობისმოყვარეობა 9,3 შემთხვევითობა და თვითდამკვიდრება 7,4-7,4
---	--	---

სექსუალური დებიუტების მოტივად ფიზიკური ლტოლვა დაასახელა 27,2%-მა, გატაცება, სიყვარული – 24,1%-მა, ცნობისმოყვარეობა – 10,6%-მა, ეს მოტივები მიუთითებენ ურთიერთობის ნებაყოფლობით დაწყებაზე. მოტივი «შემთხვევითობა» (7,47%) მიუთითებს რესპონდენტთა ფსიქოლოგიურ უმწიფობაზე ცხოვრებისეული სიტუაციების შეფასების თვალსაზრისით. II ჯგუფის 6,1% ასახელებს სექსუალურ ძალადობას, I ჯგუფის 1,3% – მატერიალურ დაინტერესებას, II ჯგუფის 1,2% – ტრეფიკინგს. (ცხრილი №21)

მიღებული შედეგები საშუალებას გვაძლევს გავაკეთოთ დიფერენციაცია ჯანმრთელი ჯგუფის წარმომადგენლებისა და სგგი-ით დაავადებული რესპონდენტების ქცევით პატერნებს შორის. ჯანმრთელი ჯგუფისათვის დამახასიათებელია ისეთი ქცევითი კლასტერი, როგორც არის ოჯახური ცხოვრებისა და მუდმივი პარტნიორის ყოლის სურვილი, როგორც ერთ-ერთი ღირებულების პრიორიტეტულობა. ინფორმირებულობა და ერთგვარი სიფრთხილე მათ ეხმარებათ სგგი-ის თავიდან აცილებაში.

ცხრილი №22

I ჯგუფი	II ჯგუფი	III ჯგუფი
ერთი თვის შემდეგ 46% პირველსავე დღეს 26% რამდენიმე დღის შემდეგ 10% ერთ თვეში 10-% ერთ კვირაში 8%	პირველსავე დღეს 42,6% ერთი თვის შემდეგ 24,1% რამდენიმე დღის შემდეგ 13% ერთ კვირაში 13% ერთ თვეში 7,4%	ერთი თვის შემდეგ 48,7% პირველსავე დღეს 30,8% ერთ კვირაში 10,3% რამდენიმე დღის შემდეგ 7,7% ერთ თვეში 2,6%

სქესობრივი კავშირის დამყარების დროში გადავადების თვალსაზრისით შედარებით მეტი განსვლა დაფიქსირდა ჯგუფებს შორის პასუხებში. კითხვაზე, თუ სავარაუდოდ გაცნობიდან რამდენ ხანში დაამყარებ(დნ)ენ სქესობრივ კავშირს ახალ პარტნიორთან I და III ჯგუფის წარმომადგენლების (46% და 48%) პასუხი იყო ერთი

თვის შემდეგ. ხოლო II ჯგუფის წარმომადგენლების (42,6%) – გაცნობის პირველსავე დღეს. (ცხრილი №22)

ცხრილი №23

I ჯგუფი	II ჯგუფი	III ჯგუფი
დიახ – 21.6%	დიახ – 34.5%	დიახ – 19.5%
არა – 78.4%	არა – 65.5%	არა – 80.5%

აქტის წინ გამაბრუებელ საშუალებებს იყენებს სამივე ჯგუფის წარმომადგენელთა თითქმის 20-20%, თუმცა რაოდენობრივად II ჯგუფის წარმომადგენლები ლიდერობენ. (ცხრილი №23). ამასთან, მოცემულ ჯგუფში სხვა ჯგუფებთან შედარებით ყველაზე მეტია ალკოჰოლის (66,7%) და ნარკოტიკის (19%) მოხმარება სქესობრივი კონტაქტის წინ.

ცხრილი №24

I ჯგუფი	II ჯგუფი	III ჯგუფი
სტუმრად, ოჯახში 40,4 სამუშაო ადგილი 19,3 სასწავლებელი 17,5 კაფე, რესტორანი ბარი 8,8 ქალაქგარეთ 5,3 ქუჩა და სხვა 3,5-3,5 სადგური 1,8	სტუმრად, ოჯახში 21,4 ქუჩა 20 კაფე, რესტორანი ბარი 15,7 სადგური და სამუშაო ადგილი 10-10 სასწავლებელი 7,1 ქალაქგარეთ და ნებისმიერი 5,7-5,7 დისკოთეკა 4,3	სტუმრად, ოჯახში 33,3 სასწავლებელი 16,7 სამუშაო ადგილი 9,5 ქუჩა, სადგური, კაფე, რესტორანი, ბარი, საზღვარგარეთ, სხვა და დისკოთეკა 7,1 -7,1-7,1-7,1-7,1

სქესობრივი პარტნიორის გაცნობის ადგილად სამივე ჯგუფის უმრავლესობამ: I ჯგუფის 40,4, II ჯგუფის 21,4 და III ჯგუფის 33,3 დაასახელა სტუმრად და ოჯახში. პასუხებში I ჯგუფისათვის მეორე ადგილზე იყო სამუშაო ადგილი (19,3), III ჯგუფისთვის – სასწავლებელი (16,7), რაც მიუთითებს იმაზე, რომ გამოკითხულთა ეს რაოდენობა ურთიერთობას ამყარებს მხოლოდ მისთვის ნაცნობ ადამიანთან ანუ იმ ადამიანებთან, რომლის შესახებაც აქვთ გარკვეული ინფორმაცია. II ჯგუფის რესპონდენტების მიერ მეორე ადგილზე დასახელებული იყო ქუჩა (20). პასუხში სხვა – რესპონდენტები მიუთითებდნენ: ნებისმიერი ადგილი, სადაც მომიხდება, ინტერნეტი, საუნა. (ცხრილი №24)

ცხრილი №25

I ჯგუფი	II ჯგუფი	III ჯგუფი
პარტნიორის ბინა 44,8 სასტუმრო 17,2 თქვენი სახლი 15,5 ქალაქგარეთ 12,1 ავტომობილი 5,2 საუნა და საზღვარგარეთ სხვა 1,7-1,7-1,7	პარტნიორის ბინა 31,9 სასტუმრო 16,5 საუნა 12,1 ავტომობილი 11 ქალაქგარეთ 9,9 თქვენი სახლი 8,8 სხვენი, სარდაფი, სადარბაზო და სხვა 4,4-4,4 საზღვარგარეთ 1,1	პარტნიორის ბინა 33,3 თქვენი სახლი 16,7 ავტომობილი, საუნა, სასტუმრო, ქალაქგარეთ 10,4-10,4-10,4-10,4 საზღვარგარეთ 4,2 სხვენი, სარდაფი, სადარბაზო და სხვა 2,1-2,1

სქესობრივი კონტაქტის დამყარების ადგილთა ჩამონათვალში სამივე ჯგუფის რესპოდენტთა უმრავლესობა პირველ ადგილს ანიჭებს პარტნიორის ბინას. I ჯგუფის 44,8, II ჯგუფის 31,9 და III ჯგუფის 33,3. II და III ჯგუფებს შორის მნიშვნელოვანი განსვლა აღინიშნა მომდევნო პასუხში. თუკი III ჯგუფის წარმომადგენლებისთვის (16,7) მისაღებია სქესობრივი კონტაქტის დამყარება საკუთარ სახლში, II ჯგუფის წევრები არჩევენ სასტუმროს (16,5), საუნას (12,1), ავტომობილს (11), ქალაქგარეთ (9,9) და მხოლოდ 8,8 არჩევენ სქესობრივ კონტაქტს საკუთარ სახლში (ცხრილი №25).

მიღებული მკვეთრი სხვაობა ისევ და ისევ ხაზს უსვამს III ჯგუფის რესპოდენტების უფრო მყარი და სტაბილური ურთიერთობების სურვილს და მიუთითებს მათ მუდმივ პარტნიორულ კავშირებზე. ხოლო II ჯგუფის შემთხვევაში, საკუთარ ბინაში სქესობრივი კავშირისაგან თავის არიდება შეიძლება მიუთითებდეს პარტნიორთა ხშირ ცვლასა და შემთხვევითი კავშირების არსებობაზე.

ყველაზე ხშირი სქესობრივი კონტაქტები უცხოელებთან აღენიშნებოდათ II ჯგუფის წარმომადგენლებს 38,5%, I ჯგუფის – 22,4% და III ჯგუფის 23,7%. უცხოელი პარტნიორის წარმომავლობის დაკონკრეტებას რესპოდენტთა უმრავლესობამ I ჯგუფში 75%, II ჯგუფში 70,9%, III ჯგუფში 82,4% თავი აარიდა და გრაფა შეუვსებელი დარჩა. დასახელებულ უცხოელ პარტნიორთა შორის პრიორიტეტულად გამოიკვეთა რუსი, უკრაინელი, თურქი პარტნიორები.

ცხრილი №26

I ჯგუფი	II ჯგუფი	III ჯგუფი
მუდმივი პარტნიორი 58% იშვიათი 24% ხშირი 14% პარტნიორის გარეშე 4%	ხშირი 37% იშვიათი 33% მუდმივი პარტნიორი 25% პარტნიორის გარეშე 3,7%	მუდმივი პარტნიორი 57,5% იშვიათი 25% პარტნიორის გარეშე 10,5% ხშირი 5% სხვა 2,5%

პარტნიორთა ცვლის სიხშირით მკვეთრად გამოირჩეოდნენ II ჯგუფის წარმომადგენლები. მათმა 37%-მა პარტნიორთა ცვლა მატერიალური დაინტერესებით, გატაცებით, ან მათი მალე მობეზრებით ახსნეს. I და III ჯგუფის წარმომადგენლების 58% და 57,5%-ს ჰყავდა მუდმივი პარტნიორი, რასაც თვითონ რესპონდენტები ოჯახური ერთგულებით, დამაკმაყოფილებელი, ჰარმონიული პარტნიორული ურთიერთობით და სიყვარულით ხსნიდნენ.

ბოლო ერთი წლის განმავლობაში სქესობრივ პარტნიორთა რაოდენობის კვლევამ გვიჩვენა, რომ I ჯგუფის 68%-ს, III ჯგუფის 64,9%-ს და II ჯგუფის მხოლოდ 29,6%-ს ბოლო ერთი წლის განმავლობაში ჰყავდათ ერთი პარტნიორი. ხუთზე მეტი პარტნიორი ჰყავდა I ჯგუფის 18%-ს, III ჯგუფის 8,1%-ს და II ჯგუფის 33,3%-ს. ხოლო III ჯგუფის 8,1%-ს ბოლო ერთი წლის განმავლობაში საერთოდ არ ჰყავდა პარტნიორი. I და II ჯგუფში მსგავსი პასუხი არ დაფიქსირდა. III ჯგუფის წარმომადგენელთა 27,5%-მა მოცემულ კითხვას პასუხი არ გასცა.

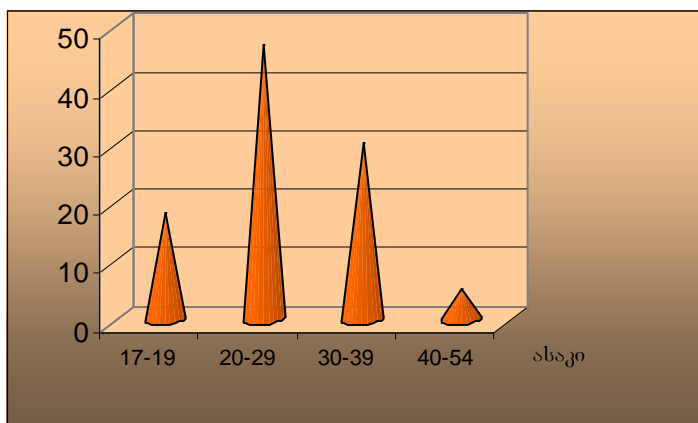
ცხრილი №27

I ჯგუფი	II ჯგუფი	III ჯგუფი
იშვიათად – 43.1%	მუდმივად – 45.3%	მუდმივად – 44.7%
მუდმივად – 35,3%	იშვიათად – 39.6%	იშვიათად – 39.5%
არასდროს – 21,6%	არასდროს – 15.1%	არასდროს – 15.8%

სქესობრივი კონტაქტის დროს ინდივიდუალური დაცვითი საშუალებების (პრეზერვატივის) გამოყენების სიხშირის კვლევამ გვიჩვენა, რომ გამოკითხულთა 41,77% მუდმივად იყენებს პრეზერვატივს, 40,73% - იშვიათად, ხოლო 17,5% - არ იყენებს. (ცხრილი №27)

აქედან გამომდინარე, რესპონდენტთა უმრავლესობამ იცის რა დაუცველი სქესობრივი ურთიერთობების რისკის შესახებ, დაცვითი საშუალებებისადმი მაინც დაუდევრობას იჩენს წუთიერი სიამოვნების გამო.

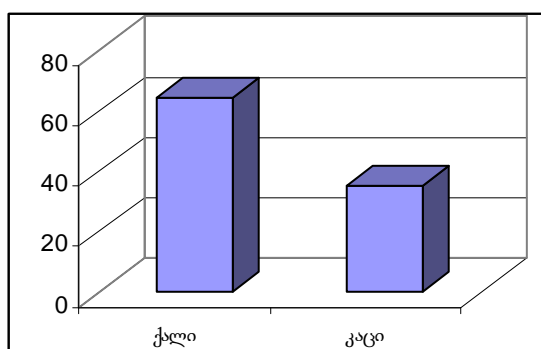
გამოკითხულთა შორის ქალაქში მცხოვრები იყო 91,7%, ხოლო სოფელში – 8,3%.



**სურათი №13.** რესპონდენტთა განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

რესპონდენტთა შორის ყველაზე უფრო მრავალრიცხოვანი იყო 20-29 წლის (47%), 30-39 წლის (30%), 17-19წლის (18%) და ბოლოს 40-54 წლის (5%) ასაკობრივი ჯგუფები.

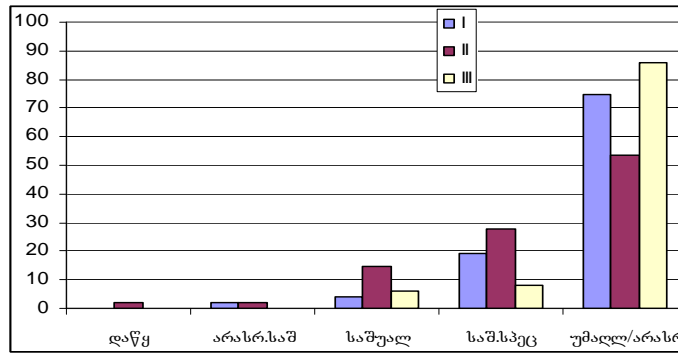
სქესის მიხედვით რესპონდენტი ქალების რაოდენობა (104) თითქმის ორჯერ აღემატებოდა გამოკითხული მამაკაცების რაოდენობას (54).



**სურათი №14.** რესპონდენტთა განაწილება სქესის მიხედვით

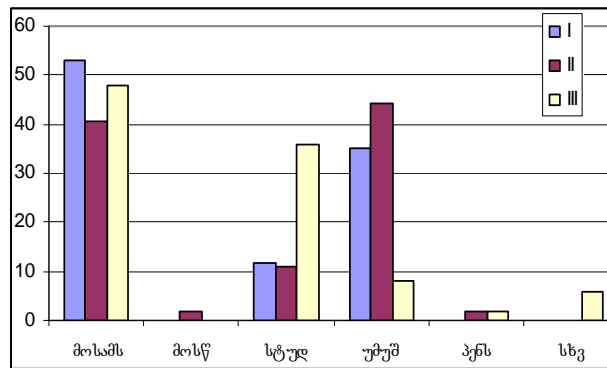
გამოკითხულთა 95% ეროვნებით ქართველი იყო.

ამრიგად, შესასწავლი ჯგუფები სქესის, ასაკისა და ეროვნების მიხედვით ძალიან ახლოს დგანან ერთმანეთთან, ანუ საკვლევი ჯგუფების ამონაკრები საკონტროლო ჯგუფთან მიმართებაში რეპრეზენტანტული არის, ანუ მისთვის საუკეთესო.



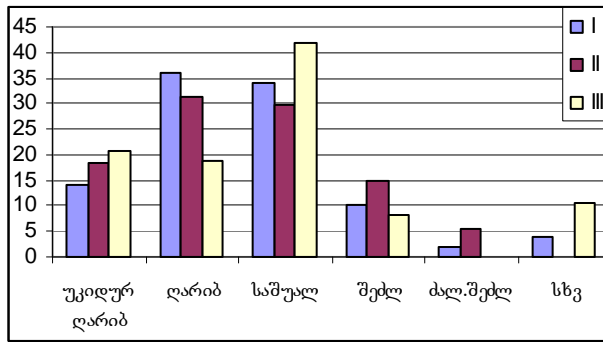
**სურათი №15.** რესპონდენტთა განაწილება განათლების მიხედვით

რესპონდენტთა უმრავლესობა (70,89%) უმაღლესი, ან არასრული უმაღლესი განათლების მქონე აღმოჩნდა. ჯგუფებს შორის ეს მონაცემი საგრძნობლად განსხვავდება: I ჯგუფში (75%), II-ში (54%), III-ში (85%). დაწყებითი განათლების მქონე არის მხოლოდ II ჯგუფის წარმომადგენელთა 1,9%, არასრული საშუალო განათლებით I და II ჯგუფში შესაბამისად იყო 1,9% და 1,9%, ხოლო საშუალო სპეციალური განათლებით I, II და III ჯგუფებში შესაბამისად იყო რესპონდენტთა 19,2%, 27,8% და 8%.



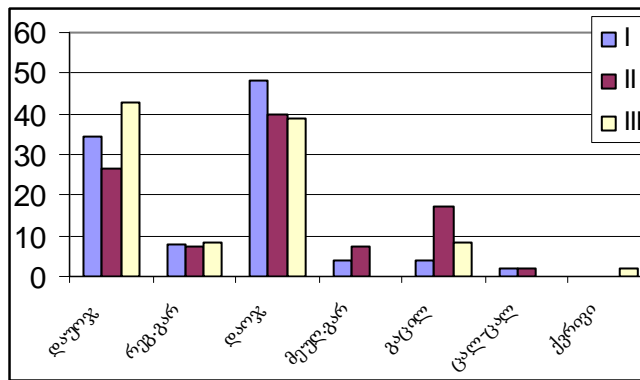
**სურათი №16.** რესპონდენტთა განაწილება საქმიანობის მიხედვით.

საქმიანობის სახეობის მიხედვით მნიშვნელოვანი სხვაობა შეინიშნებოდა მხოლოდ უმუშევრობის თვალსაზრისით: I ჯგუფში იყო 35,3% უმუშევარი, II ჯგუფში \_ 44,4% და III ჯგუფში \_ 8%.



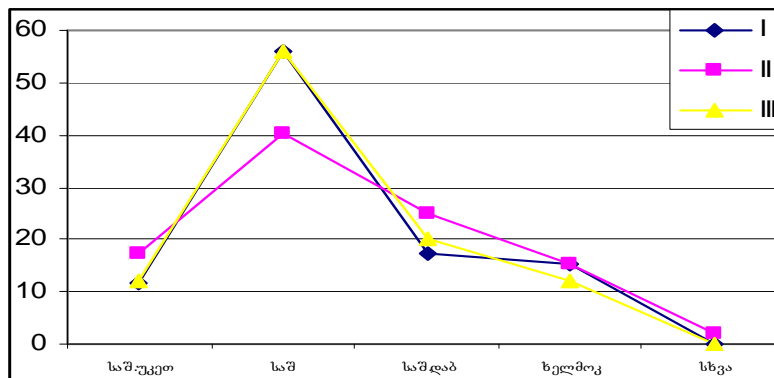
**სურათი №17.** რესპონდენტთა განაწილება სოციალური მდგომარეობის მიხედვით

გამოკითხულთა შორის დიდი წილი ეკავა საშუალო შემდგომების მქონე პირებს (I, II და III ჯგუფებში შესაბამისად 34%, 29,6% და 41,7%), ხოლო ყველაზე მცირე – ძალიან შეღებულებს. აღსანიშნავია, რომ ძალიან შეღებულთა შორის უმრავლესობა იყო II ჯგუფის წარმომადგენელი (5,6%).



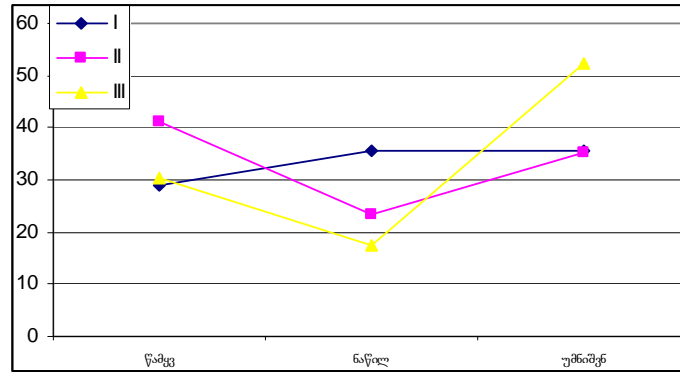
**სურათი №18.** რესპონდენტთა განაწილება ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით

I და II ჯგუფის წარმომადგენელთა უმეტესი ნაწილი იმყოფება ქორწინებაში (48,1% და 39,6%), გაცილებულების ყველაზე დიდი რაოდენობა არის II ჯგუფში.





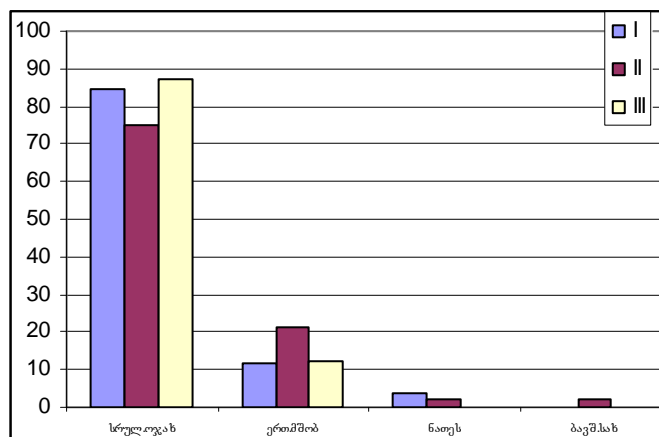
**სურათი №19.** რესპონდენტთა განაწილება ოჯახის ფინანსური მდგომარეობის მიხედვით



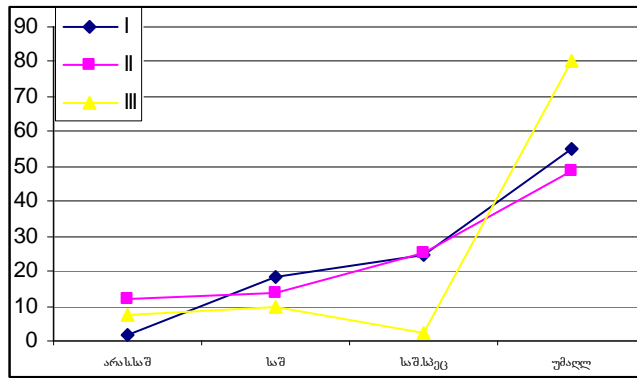
**სურათი №20.** რესპონდენტთა განაწილება ოჯახის ფინანსურ ბიუჯეტში მათი წვლილის მიხედვით

გამოკითხულთა შორის დიდი წილი ეკავა საშუალო შემდეგების მქონე პირებს (I, II და III ჯგუფებში შესაბამისად 34%, 29,6% და 41,7%), ხოლო ყველაზე მცირე – ძალიან შემდეგებულებს. აღსანიშნავია, რომ ძალიან შემდეგებულთა შორის უმრავლესობა იყო II ჯგუფის წარმომადგენელი (5,6%).

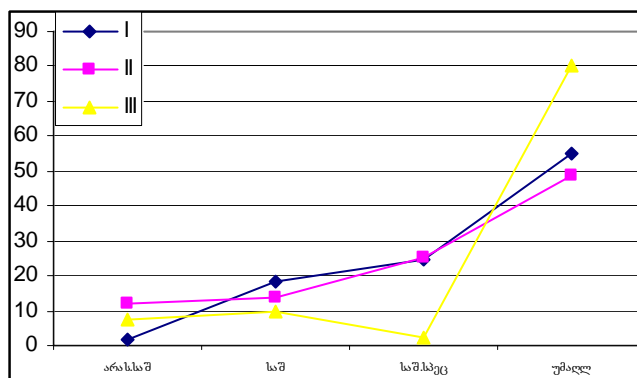
სრულ ოჯახში აღზრდას აღნიშნავდა I ჯგუფის 84,6%, II ჯგუფის 75% და III ჯგუფის 87,5%; ერთ მშობელთან – I ჯგუფის 11,5%, II ჯგუფის 21,2% და III ჯგუფის 12,5%; ბავშვთა სახლში – მხოლოდ II ჯგუფის 1,9%.



**სურათი №21.** რესპონდენტთა განაწილება ოჯახური გარემოს მიხედვით

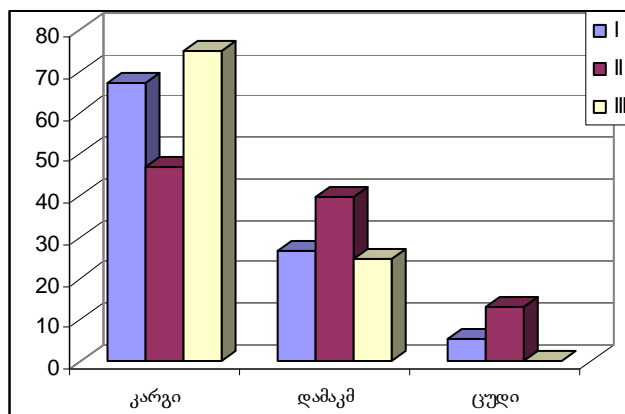


სურათი №22. რესპონდენტთა განაწილება დედის განათლების მიხედვით



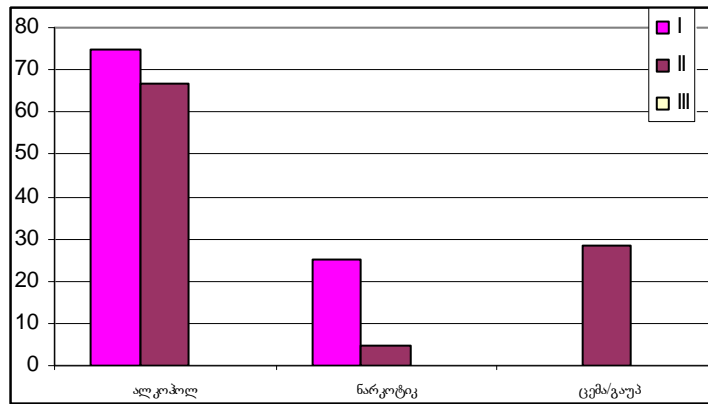
სურათი №23. რესპონდენტთა განაწილება მამის განათლების მიხედვით

III ჯგუფის რესპონდენტთა უმრავლესობის მშობლებს: დედა 83%, მამა 80%, მიღებული აქვთ უმაღლესი განათლება. ხოლო I და II ჯგუფის რესპონდენტთა მშობლებს, ძირითადად საშუალო და სპეცტექნიკური განათლება აქვთ.



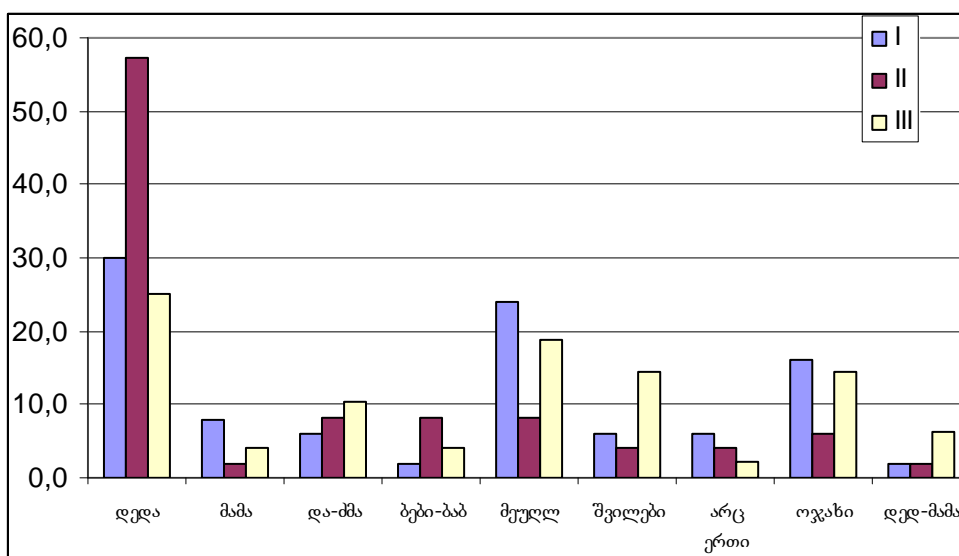
სურათი №24 რესპონდენტთა განაწილება ოჯახური ურთიერთობები მიხედვით

ოჯახში ცუდ ურთიერთობას აღნიშნავდნენ მხოლოდ I (5,7%) და II (13, 2%) ჯგუფის რესპონდენტები (სურათი №24).



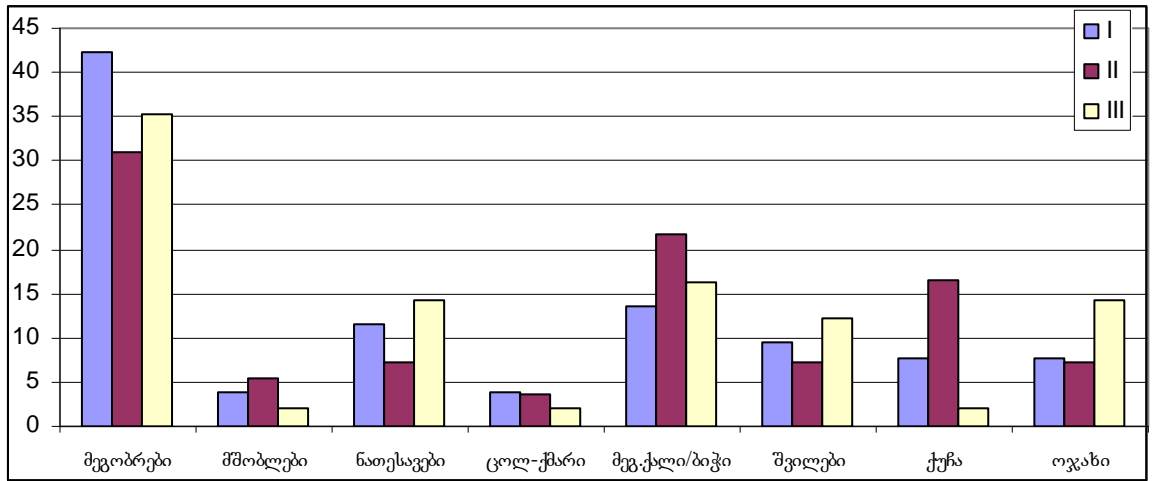
**სურათი №25.** რესპონდენტთა განაწილება ოჯახში არაჯანსაღი ურთიერთობების გამომწვევი მიზეზების მიხედვით

არსებულ არაჯანსაღ გარემოს I და II ჯგუფის წარმომადგენლები ხსნიდნენ ოჯახის წევრთა მავნე ჩვევებით, კერძოდ, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის მოხმარებით. I და II ჯგუფის წარმომადგენელთა ოჯახის წევრების 75% და 66,7% შესაბამისად ეტანებოდა ალკოჰოლს, ხოლო 25% და 4,8% შესაბამისად იყო ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებელი. ოჯახური ძალადობის (ცემა) ფაქტებს აღნიშნავდა მხოლოდ II ჯგუფის წარმომადგენელთა 28,6%.



**სურათი №26.** რესპონდენტთა განაწილება ოჯახის წევრებს შორის სელექციური დამოკიდებულების მიხედვით.

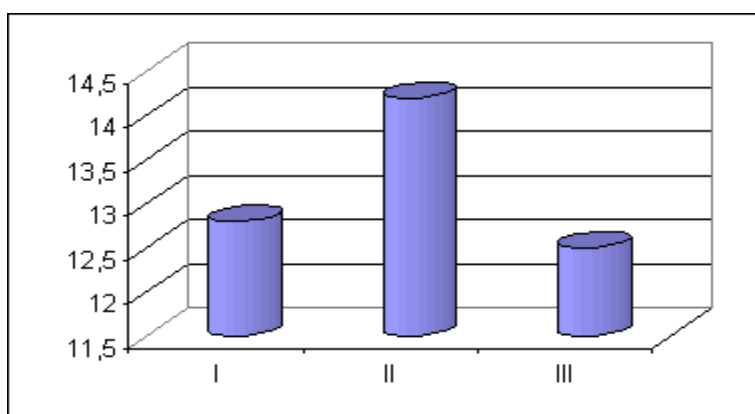
I და III ჯგუფის წრმომადგენლებს თანაბარი ინტენსიურობით აქვთ გადანაწილებული ურთიერთობები მეუღლეს, შვილებს, და-მმას და ბებია-ბაბუებს შორის. II ჯგუფისათვის პრიორიტეტულია დედასთან ურთიერთობა.



**სურათი №27.** რესპონდენტთა განაწილება თავისუფალი დროის გამოყენების მიხედვით

I და II ჯგუფის წარმომადგენლები თავისუფალი დროის უმეტეს ნაწილს ატარებდნენ მეგობრებთან, სექსუალურ პარტნიორებთან და ქუჩაში, სადაც ხშირად ეტანებოდნენ ალკოჰოლსა და ნარკოტიკულ საშუალებებსაც. რესპონდენტთა 62,73% იყენებდა ალკოჰოლურ საშუალებებს, ხოლო 13,13% – ნარკოტიკულ საშუალებებს. (სურათი №27)

აიზენკის ტესტის მიხედვით გამოკითხულთა ინდივიდუალურ-ფსიქოლოგიური თავისებურებების შესწავლისას განსაზღვრული იყო ექსტრავერსია-ინტროვერსიის პარამეტრი, რომლის საშუალო ნორმატიული მაჩვენებელი ქართული პოპულაციისათვის არის 13,6.



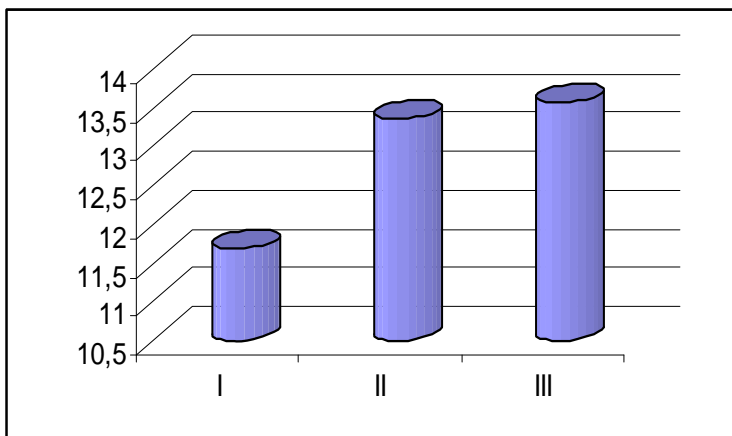
სურათი №28. ექსტრავერსია – ინტროვერსია.

კვლევამ გვიჩვენა, რომ ჯგუფებს შორის სხვაობა ამ პარამეტრის მიხედვით არ არის სარწმუნო ( $p > 0,05$ ). I და III ჯგუფში მივიღეთ სუსტად გამოხატული ექსტრავერსია, ხოლო II ჯგუფის მაჩვენებელი აღემატება საშუალო ნორმატიულს (14).

ექსტრავერტებისათვის ძირითადად დამახასიათებელია ორიენტაცია სოციალურ კონტაქტებზე და არა განმარტოებაზე. იმპულსურობა, ოპტიმიზმი, კომუნიკაბელობა, გახსნილობა, გარე სამყარო მათი სტიქიაა, ისინი ვერ ეგუებიან სიმარტოვეს, არიან ლიდერები, უყვართ სიცოცხლე და ამქვეყნიური სიამოვნებები, ყოველივე ეს მათი გენოტიპური თავისებურებებითაა განპირობებული და ადვილად აგზნებადობაზე მიუთითებს. ხოლო გარემო, რომელშიც მათ უწევთ ცხოვრება, ფენოტიპურად განაპირობებს სოციალური ქცევების ფორმირებას. კერძოდ, აღზრდის თვალსაზრისით II ჯგუფის წარმომადგენლები იზრდებოდნენ არასრულ ოჯახებში, ბავშვთა სახლებში და ნათესავებთან. მათთვის ჩვეულია დამაკმაყოფილებელი და ცუდი ურთიერთობა ოჯახის წევრებთან, რაც საერთოდ არ ახასიათებს III ჯგუფის წარმომადგენლებს და მცირედ აღინიშნება I ჯგუფის წარმომადგენლებში. ოჯახში არაჯანსაღი ვითარების ფაქტები (ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის გამოყენება) აღინიშნა I და II ჯგუფის წარმომადგენლებთან, ამასთანავე, II ჯგუფის თითქმის 1/3-ის შემთხვევაში ფიგურირებს ფიზიკური ძალადობა (ცემა) ოჯახის წევრების მხრიდან. მნიშვნელოვანი განსხვავება შეინიშნება ოჯახის წევრებს შორის სელექციური დამოკიდებულების თვალსაზრისითაც. თუკი I და III ჯგუფის წარმომადგენლებს

თანაბარი ინტენსიურობით აქვთ გადანაწილებული ურთიერთობები მეულღეს, შვილებსა და ნათესავებს შორის, II ჯგუფისათვის პრიორიტეტულია დედასთან ურთიერთობა. გასათვალისწინებელია მათი ოჯახების საშუალოზე დაბალი ფინანსური მდომარეობა, ოჯახის მატერიალურ კეთილდღეობაში საკუთარი წვლილის შეტანა, რის გამო შემთხვევითი კავშირები მათთვის არის არა მხოლოდ გართობისა და სიამოვნების, არამედ შემოსავლის წყაროც, რაც თავის მხრივ, ქმნის სგგი-ის გავრცელების რისკს. მათთვის აგრეთვე დამახასიათებელია სქესობრივი ცხოვრების ადრეულ ასაკში დაწყება და სქესობრივი პარტნიორების ხშირი ცვლა, რაც განაპირობებს სგგი-ით განმეორებით დაინფიცირებას.

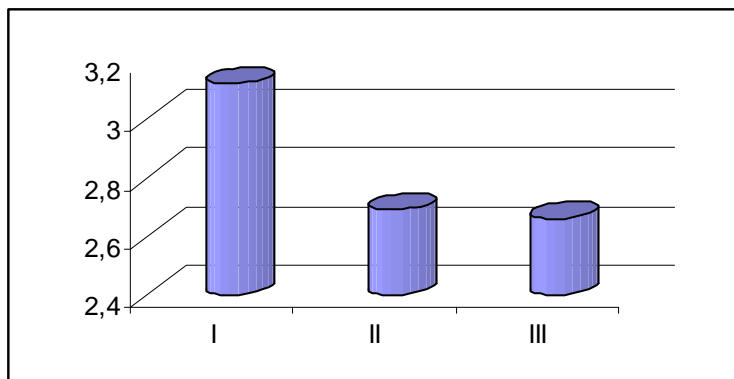
ამრიგად, იმ გარემოს გათვალისწინებით, სადაც აღიზარდნენ თითოეული ჯგუფის წარმომადგენლები, სავსებით გასაგებია, რატომ მიიღო მათი ქცევის პატერნებმა ამგვარი გამოხატულება, კერძოდ, II ჯგუფის წარმომადგენელთათვის თავისუფალი დროის ქუჩაში, ან მეგობარ გოგო/ბიჭთან ერთად გატარება. მათი ცხოვრება განსხვავებული გატაცებების მქონე პირთა დაჯგუფებებთან მუდმივი ლტოლვის ნიშნით მიმდინარეობს. აქედან გამომდინარე, სავსებით ლოგიკურია მათი ექსტრავერსიის გამოვლენა არა ოჯახურ და ახლობლურ გარემოში, არამედ ხშირ შემთხვევაში შემთხვევით სქესობრივ პარტნიორთან.



**სურათი №29.** ნეიროტიზმი – სტაბილობა.

განსაზღვრული იყო ნეიროტიზმი – სტაბილობის პარამეტრი, რომლის საშუალო ნორმატიული მაჩვენებელი ქართული პოპულაციისათვის არის 11,4.

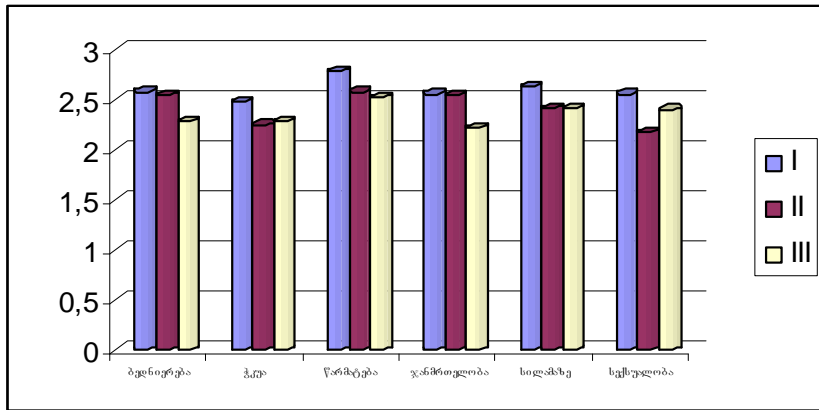
ჩვენი მონაცემების მიხედვით, ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი (13,56) აქვს ჯანმრთელებს (III ჯგუფი), ხოლო ყველაზე დაბალი (11,69) – I ჯგუფს, რომელთა შედარებამ გვიჩვენა სარწმუნო სხვაობა ( $p < 0,05$ ). I ჯგუფისათვის დამახასიათებელია სიმშვიდე, ნაკლებმოციურობა, საკუთარ თავში დარწმუნება და თვითკმაყოფილება. ნეიროტიზმი-სტაბილობის საშუალო დონე ნიშნავს ადექვატური რეაგირების უნარს, რაც ადაპტაციის ერთ-ერთი ნიშანია. შესაბამისად, II ჯგუფის რესპონდენტები (13,36) სუსტად გამოხატული ნეიროტიზმის დონით, ემოციურად საკმაოდ ადაპტირებულნი აღმოჩნდნენ საკუთარ გარემოში (თუ გავითვალისწინებთ მათი სოციალური გარემოს კეთილმოწყობლობას).



**სურათი №30. სანდობა**

აიზენკის ტესტის მიხედვით სიცრუის საშუალო ნორმატიული მაჩვენებელი 2,3-ს შეესაბამება. I ჯგუფს აქვს საშუალოზე მაღალი მაჩვენებელი (3,12), რაც მიუთითებს რესპონდენტთა პასუხებში თვითშეღამაზების ტენდენციაზე.

დემბო-რუბინშტეინის თვითშეფასების ტესტით ვიკვლევდით შემდეგ პარამეტრებს: ჭკუა (კოგნიტური), სილამაზე, ჯანმრთელობა, ბედნიერება (აფექტური), წარმატება და სექსუალობა (ქცევითი). (სურათი №7).



**სურათი №31.** დემბო-რუბინშტეინის თვითშეფასების ტესტი.

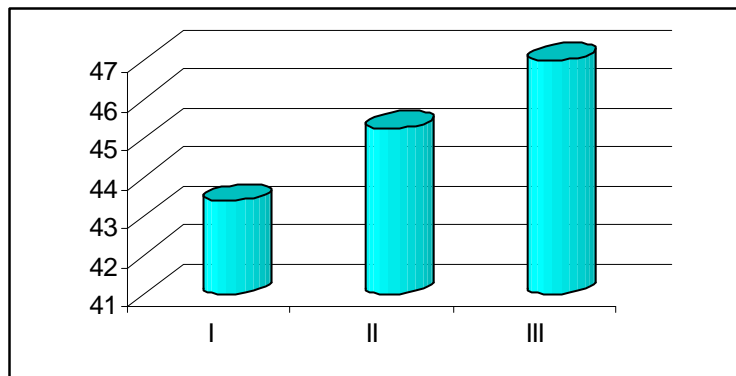
ჩვენს შემთხვევაში გამოყენებული იყო ხუთქულიანი სკალა. (საშუალო მაჩვენებელი 2,5).

I ჯგუფის მონაცემები სარწმუნოდ განსხვავდება II და III ჯგუფის მონაცემებისაგან კოგნიტური და ქცევითი პარამეტრების მიხედვით ( $p < 0,05$ ). შეიძლება ითქვას, რომ I ჯგუფის შედეგები სავსებით ადექვატურია, თუ გავითვალისწინებთ აიზენკის ტესტით მიღებულ თვითშეფასებების ტენდენციას მათ პასუხებში. ასევე ადექვატურია საკონტროლო ჯგუფის შეფასებაც, რომელთა მაჩვენებლები ყველა პარამეტრით საშუალო ქულებს შეესაბამება. სარწმუნო განსხვავება გამოიკვეთა აგრეთვე I და II ჯგუფს შორის სექსუალობის პარამეტრის მიხედვით, სადაც II ჯგუფის წარმომადგენლებმა ყველაზე დაბალი შეფასება მისცეს საკუთარ თავს, ხოლო ყველაზე მაღალი – I ჯგუფმა. ეს მონაცემები შეიძლება აიხსნას იმ მიზეზით, რომ განმეორებითი დაავადების შემენა სქესობრივი გზით მოხდა. ავადობა აკნინებს მათ სექსუალობას, სქესობრივ ლტოლვას და სიამოვნების მიღების ხარისხს, რაც ერთგვარად მექანიკურს ხდის სქესობრივ კავშირს. II ჯგუფის შემთხვევაში ადგილი აქვს არაადექვატურ თვითშეფასებას ჯანმრთელობის პარამეტრის მიხედვით (საშუალოზე ოდნავ მაღალი მაჩვენებელი, რაც არ შეესაბამება მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობას). აღნიშნული არაადექვატურობა შეიძლება გახდეს, ერთის მხრივ, სგვი-ის დაფარვის, ან იგნორირების და, მეორეს მხრივ, სქესობრივი კონტაქტის დროს დამცავი საშუალებების უგულებელყოფის მიზეზი. ინდივიდი არაადექვატური შეიძლება იყოს აგრეთვე სქესობრივი პარტნიორის შერჩევისას,



კერძოდ, მისი ჯანმრთელობის შეფასებისას (ჩათვალოს, რომ პარტნიორი არ არის დაავადებული), რაც სგგი-ით განმეორებით დაავადების რისკს ზრდის.

შუბერტის რისკის კვლევის ტესტის ანალიზმა გვიჩვენა, რომ სამივე ჯგუფის მონაცემები საშუალო ( $\approx 40$ ) მახასიათებლებს შეესაბამება. საშუალოზე ოდნავ მაღალი (47) მაჩვენებელი აქვს საკონტროლო ჯგუფს (სურათი №8). ტესტის მიხედვით, ჯგუფებს შორის სხვაობა არ არის სარწმუნო ( $p > 0,05$ ).



სურათი №32. შუბერტის რისკის ტესტი

სარისკო ქცევა გულისხმობს მძაფრი შეგრძნებების მიღების სურვილს (თამბაქოს ჭარბი მიღება, პარაშუტიდან ხტომა, მანქანის სწრაფი ტარება და ა.შ.). ქცევის ამ ფორმას მიეკუთვნება შემთხვევითი სქესობრივი კავშირებიც. თუ გავითვალისწინებთ სქესობრივი ცხოვრების დაწყების ადრეულ ასაკს, ახლადგაცნობილ პარტნიორთან სქესობრივი ურთიერთობის დამყარების ხანმოკლე ვადას, პარტნიორთა ცვლის სიხშირეს, უცხოელებთან ურთიერთობის გამოცდილებას, ყველა ამ მაჩვენებლების მიხედვით წამყვანი პოზიცია უკავია II ჯგუფის რესპონდენტებს. მათ ამ პარამეტრებით მნიშვნელოვნად ჩამორჩებიან I ჯგუფის რესპონდენტები. ამრიგად, II ჯგუფის წარმომადგენლები, მიმართავენ რა სარისკო ქცევების ამ ტიპის ფორმებს, მუდმივად იმყოფებიან რისკის პირობებში, რაც მათ დამატებითი მძაფრი შეგრძნებების მიღების სურვილს უკარგავს.

რაც შეეხება საკონტროლო ჯგუფს, ისინი ყველაზე ნაკლებად მიმართავენ მსგავსი სარისკო ქცევების ფორმას. ეს განპირობებულია საზოგადოების მხრიდან ამგვარი ქცევის სტიგმატიზაციით, რის გამოც ისინი სხვა სახის სარისკო ქცევებში

სუბლიმირდებიან. ამით აიხსნება ერთი შეხედვით მაღალი რისკის დონე III ჯგუფის შემთხვევაში.

შვარცის ღირებულებების კვლევის მეთოდის თანახმად, ღირებულებების ანალიზი განპირობებული იყო სამივე ჯგუფის ცხოვრებისეული დამოკიდებულებებისა და პრინციპების შესაფასებლად. ნიშანდობლივიც არის, რომ სტატისტიკური თვალსაზრისით სწორედ ღირებულებათა შემთხვევაში გამოიკვეთა განსხვავებები. კერძოდ, II ჯგუფი სარწმუნოდ ( $p < 0,05$ ) განსხვავდება დანარჩენი ორი ჯგუფისგან შემდეგი ღირებულებების მიხედვით: ტრადიციონალიზმი, უნივერსალიზმი და კონფორმულობა. ტრადიციონალიზმისა და კონფორმულობის ღირებულებების მიხედვით, განმეორებით დაავადებულებს (II ჯგუფი) ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი აქვს. ამ ჯგუფის წარმომადგენლები ნაკლებად ითვალისწინებენ მათი ოჯახებისათვის და საზოგადოებისათვის დამახასიათებელ ტრადიციებსა და ღირებულებებს, ნაკლებად რელიგიურები არიან, არ ახასიათებთ ზომიერება. მათთვის საზოგადოებაში დამკვიდრებულ წესებსა და ნორმებს არსებითი მნიშვნელობა არ აქვს, უცხოა თვითმეზღუდვა, დისციპლინა, მშობლებისა და უფროსების პატივისცემა. უნივერსალიზმის ღირებულების მიხედვით, ამ ჯგუფის რესპონდენტებს ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აქვთ, რაც ნიშნავს, რომ მათთვის მნიშვნელოვანია თანასწორობა, სამართლიანობა და ტოლერანტობა. ისინი საზოგადოებისაგან ითხოვენ მიმღებლობას.

II ჯგუფი ასევე სარწმუნოდ განსხვავდება I ჯგუფისაგან ( $p < 0,05$ ) ისეთი ღირებულების მიხედვით, როგორც არის სტიმულაცია. განმეორებით დაავადებულებისათვის დამახასიათებელია სითამამე, აგზნება, ცხოვრებაში სიახლეებისა და მოულოდნელობების ძიება (ჩვენს შემთხვევაში სექსობრივ ურთიერთობებში).

რაც შეეხება I ჯგუფს, იგი განსხვავდება III ჯგუფისაგან ისეთი ღირებულებებით, როგორც არის ძალაუფლება. ამ თვალსაზრისით I ჯგუფი ყველაზე მაღალი მონაცემით ხასიათდება, ხოლო III – ყველაზე დაბალით. ამ მოტივაციურ ტიპში შემავალი ფასეულობებია: ავტორიტეტი, სიმდიდრე, სოციალური ძალაუფლება, სოციალური აღიარება, საკუთარი იმიჯის დაცვა. I

ჯგუფის რესპონდენტები განსაკუთრებით მწვავედ განიცდიან საკუთარი იმიჯის და შესაბამისად რეპუტაციის დაცვის აუცილებლობას, რაც მათი თვითშეღამაზების ფაქტიურად აიხსნება.

ამრიგად, ფსიქოლოგიური მახასიათებლების თვალსაზრისით ჯგუფებს შორის რადიკალური განსხვავება მთლიანობაში არ შეინიშნება, რაც სავსებით ლოგიკურია, ვინაიდან დაავადება თავისთავად არ განსაზღვრავს არც ექსტრავერსია-ნეიროტიზმს და არც რისკის დონეს, ანუ ექსტრავერტი შეიძლება იყოს როგორც დაავადებული, ასევე სავსებით ჯანმრთელი ადამიანი. ჩვენს შემთხვევაში წამყვანი მნიშვნელობა ენიჭება იმ სოციალურ გარემოს, სადაც აღიზარდნენ ჩვენი რესპონდენტები. რაც შეეხება ღირებულებით ორიენტაციებს, აქ მიღებული თვალსაზრისი განსხვავება სავსებით ლოგიკურია, ვინაიდან ნებისმიერი ადამიანი ოპერირებს იმ ღირებულებითი ორიენტაციებით, რითაც ხელმძღვანელობს მისი უახლოესი სოციალური გარემო. ამგვარად, ჩვენს მიერ ღირებულებათა სკალაზე მიღებული მონაცემები სავსებით ემთხვევა ზემოთ განხილულ დამოკიდებულებებსა და ქცევით მახასიათებლებს.

### **3. მიღებული შედეგების განხილვა**

საქართველოში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისა (სგგი) და განმეორებით დაავადებულ ავადმყოფთა რიცხვის მატება, რომლებიც ამ ინფექციების გავრცელების მუდმივ წყაროს წარმოადგენენ, ინფექციების გვიანი და ქრონიკული ფორმების ზრდის ტენდენცია, ამ ინფექციებით გამოწვეული გართულებების სიმძიმის მატება, პირველადი პროფილაქტიკური ღონისძიებების ნაკლებ ეფექტურობა, სპეციალიზირებული სამედიცინო და სოციალური პროგრამების არ არსებობა მიუთითებს იმაზე, რომ აუცილებელია ამ პრობლემისადმი ახალი მიდგომების ძიება. განსაკუთრებით იმ პირთა შორის, რომლებიც განმეორებით არიან დაავადებულნი და მაღალი რისკის ჯგუფს წარმოადგენენ.

გამოკვლევის აქტუალობა განისაზღვრება აგრეთვე სგგი-ით განმეორებით დაავადების გავლენით მოსახლეობის ფსიქოლოგიურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე.

2000-2005 წლებში საქართველოში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (სიფილისი, გონორეა, ტრიქომონიაზი, ქლამიდიოზი) ეპიდემიური პროცესის შესასწავლად გამოყენებული იქნა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაავადებათა კონტროლის და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის ყოველთვიური ფორმები №IV-06 «ანგარიში სქესობრივი გზით გადამდები, კანის სოკოვანი დაავადებების და მუნის შესახებ».

საქართველოში 2000-2005 წლებში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით ავადობის აბსოლუტური, ინტენსიური და პროცენტული მაჩვენებლების დინამიკის შეფასებამ გვიჩვენა, რომ საერთო ინფექციური ფონი საკმაოდ გაწონასწორებულია, სიფილისის შედარებით დაბალი და ტრიქომონიაზის მაღალი მაჩვენებლით.

ქვეყანაში ყველაზე პრობლემურ ინფექციას წარმოადგენს ტრიქომონიაზი ავადობის მაღალი დონით, რომელმაც 2000 წელს 47, ხოლო 2005 წელს – 78,2 შემთხვევა შეადგინა 100 000 სულ მოსახლეზე; სგგი-ის ზოგად სტრუქტურაში კი ამ წლების განმავლობაში იგი მერყეობდა 55%-დან 56%-მდე. ასევე პრობლემურია ქლამიდიოზი, რეგისტრირებული ავადობის ყოველწლიური მატებით, რომელმაც 2000 წელს შეადგინა 4,5 (5%), ხოლო 2005 წელს – 23,4 შემთხვევა (17%). რაც შეეხება გონორეას, 2000 წელს 13,3 (16%), ხოლო 2005 წელს 27,3 (19%) შემთხვევა იყო რეგისტრირებული 100 000 სულ მოსახლეზე.

ასაკობრივ სტრუქტურაში რისკ-ჯგუფს, რომელიც ყველაზე უფრო მეტად ექვემდებარება სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით ავადობას, წარმოადგენს 20-29წლის ასაკობრივი ჯგუფი, მასთან ახლოს დგას 30-39 წლიანთა ჯგუფი. ორივე ჯგუფი ყოველწლიურად რეგისტრირებულ ავადმყოფთა რაოდენობის მიხედვით სიფილისის შემთხვევაში შეადგენს 70,8%-ს, გონორეის შემთხვევაში – 72,27%-ს, ტრიქომონიაზის – 75,96%-ს, ქლამიდიოზის დროს – 76,65%-ს.

ავადობის საერთო სტრუქტურაში, ყოველწლიურად რეგისტრირებულ ავადმყოფთა რაოდენობის მიხედვით, სქესობრივი გზით გადამდები ყველა სახის

ინფექციებით ავადობისას აღინიშნება მამაკაცების სიჭარბე, გარდა ტრიქომონიაზის შემთხვევისა. სიფილისის შემთხვევაში დაავადებულ მამაკაცთა და ქალთა მაჩვენებელი შესაბამისად შეადგენს 56,88%-ს და 43,12%-ს, გონორეის – 79,89%-ს და 21,11%-ს, ქლამიდიოზის – 53,74%-ს და 46,26%-ს, ტრიქომონიაზის – 36,22%-ს და 63,78%-ს.

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით განმეორებით და პირველად დაავადებულთა ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები ჩვენს მიერ შესწავლილი იყო 53 სგგი-ით პირველად დაავადებულებში (I ჯგუფი) და 53 სგგი-ით განმეორებით დაავადებულებში (II ჯგუფი). დაავადებულთა ორივე ჯგუფში შედიოდა 50 მამაკაცი და 56 ქალი. ასაკი ვარირებდა 17-დან 54 წლის ფარგლებში

პირველად დაავადებულებში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები შემდეგნაირად განაწილდა: ქლამიდიოზი – 31 (58,49%), მათ შორის 16 მამაკაცი (64%) და 15 ქალი (53,57%), სიფილისი – 3 (5,66%) ავადობა, მათ შორის 1 მამაკაცი (4%) და 2 ქალი (7,14%), გონორეა – 6 (11,32%), მათ შორის 4 მამაკაცი (16%) და 2 ქალი (7,14%) და ტრიქომონიაზი - 13 (24,53%), მათ შორის 4 მამაკაცი (16%) და 9 ქალი (32,15%).

განმეორებით დაავადებულებში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები შემდეგნაირად განაწილდა: ქლამიდიოზი – 30 (57,41%), მათგან მამაკაცი იყო – 15 (დაავადებულ მამაკაცთა 60%) და ქალი – 15 (დაავადებულ ქალთა 53,58%); ტრიქომონიაზი დიაგნოსტირებულია 12 ავადმყოფში (22,22%), მათ შორის 3 მამაკაცი (12%) და 9 ქალი (32,14%). სიფილისი დაუდგინდა 3 (5,56%) ავადმყოფს, მათ შორის 1 ქალს (3,57%) და 2 მამაკაცს (8%), გონორეა – 8 ავადმყოფს (14,81%), მათ შორის 5 მამაკაცს (20%) და 3 ქალს (10, 71%).

სექსუალური ქცევისა და მასზე ზემოქმედი ფაქტორების შესწავლა ხდებოდა ანონიმური ანკეტის მიხედვით. ანკეტა შედგებოდა 56 კითხვისაგან, რომლებიც გაერთიანებული იყო ბლოკებად შემდეგი განყოფილებების მიხედვით: 1. გამოსაკვლევია ინდივიდის სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები; 2. მშობელთა ოჯახის დახასიათება; 3. ურთიერთობის წრე და თავისუფალი დროის გატარება; 4. ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება; 5. სექსუალური ქცევა; 6.

ფასეულობითი ორიენტაციები სექსუალურ და საოჯახო სფეროში; 7. ინფორმირებულობა სგგი-ების და კონტრაცეპციის შესახებ.

დადგინდა, რომ ოჯახში ცუდ ურთიერთობას აღნიშნავდნენ მხოლოდ I (5,7%) და II (13, 2%) ჯგუფის რესპონდენტები. არსებულ არაჯანსაღ გარემოს I და II ჯგუფის წარმომადგენლები ხსნიდნენ ოჯახის წევრთა მავნე ჩვევებით, კერძოდ, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის მოხმარებით. ამდენად, ოჯახის მხრიდან შვილებში ოჯახური ფასეულობების ფორმირებისათვის წანამდგრები არასაკმარისი იყო. ორივე ჯგუფის რესპონდენტთა ქცევის სტრატეგია პირდაპირ იყო დამოკიდებული მშობლების ოჯახზე. ერთ მშობელთან იზრდებოდა – I ჯგუფის 11,5%, II ჯგუფის 21,2% და III ჯგუფის 12,5%; ბავშვთა სახლში კი მხოლოდ II ჯგუფის 1,9%. არსებულ არაჯანსაღ გარემოს I და II ჯგუფის წარმომადგენლები ხსნიდნენ ოჯახის წევრთა მავნე ჩვევებით, კერძოდ, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის მოხმარებით. I და II ჯგუფის წარმომადგენელთა ოჯახის წევრების 75% და 66,7% შესაბამისად ეტანებოდა ალკოჰოლს, ხოლო 25% და 4,8% შესაბამისად იყო ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებელი. ოჯახური ძალადობის (ცემა) ფაქტებს აღნიშნავდა მხოლოდ II ჯგუფის წარმომადგენელთა 28,6%. I და II ჯგუფის წარმომადგენლები თავისუფალი დროის უმეტეს ნაწილს ატარებდნენ მეგობრებთან, სექსუალურ პარტნიორებთან და ქუჩაში, სადაც ხშირად ეტანებოდნენ ალკოჰოლსა და ნარკოტიკულ საშუალებებსაც.

ურთიერთობების მუდმივ წრედ მოზარდებმა დაასახელეს ეზოსა და სკოლის «არაფორმალური გაერთიანებები», ანუ რეფერენტული ჯგუფები, რომლებშიც შეინიშნებოდა მკვეთრი იერარქია, როლების განაწილება და სარისკო სექსუალური ქცევა, რომელიც ხასიათდებოდა სქესობრივი ცხოვრების ადრეულ ასაკში დაწყებით პრომისკუიტეტით, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარებით დევიანტური და დელინქვენტური ქცევით, რაც ხშირად პრესქტიჟულად ითვლებოდა. ამდენად, ქცევის სტერეოტიპის შემუშავებაში, მათ შორის სექსუალური ქცევისაც, გადამწყვეტი როლი ეკუთვნოდა მიკროსოციალურ ჯგუფებს (ასოციალური რეფერენტული ჯგუფები). ამ ჯგუფებში ხდებოდა სარისკო სექსუალური ქცევის მქონე პიროვნებების ჩამოყალიბება და რასაც შემდგომში შეეძლო მათი სგგი-ით განმეორებით დაავადებულების რისკ-ჯგუფში მოქცევა. ასოციალური რეფერენტული ჯგუფების

თვალსაზრისზე დამოკიდებულება ხელს უწყობს სგგი-ით ავადობის სარისკო ჯგუფებში მოხვედრას.

სამივე ჯგუფში გამოიკვეთა სქესობრივი ცხოვრების შესახებ ინფორმაციის შეტყობის დაახლოებით ერთნაირი ასაკი, საშუალოდ 13 წელი. მინიმალური ასაკი იყო 6 წელი, მაქსიმალური – 20. ეს მონაცემი საშუალებას იძლევა დადგინდეს ოპტიმალური ასაკობრივი საზღვრები, რომელთა ფარდლებშიც, ასაკობრივი თავისებურებების გათვალისწინებით, უნდა მოხდეს საგანმანათლებლო მუშაობა.

სქესობრივი ცხოვრების შესახებ პირველი ინფორმაციის მიღების წყაროდ დასახელებულ წამყვან ტენდენციებში რესპონდენტები ერთნაირად მიუთითებენ თანატოლებს (45%), უფროს მეგობრებს (23,06%). მშობლების, მასწავლებლებისა და მედიცინის მუშაკების წილი, როგორც სქესობრივი ცხოვრების შესახებ ინფორმაციის პირველი მიმწოდებლის, არის ძალიან მცირე.

მიღებული მონაცემები მიუთითებენ, რომ პიროვნების ფორმირების დროს, კერძოდ, სექსუალურად აქტიურ ასაკში, ესოდენ მნიშვნელოვანი ინფორმაცია, მასთან ხვდება მეტწილად დამახინჯებული, გამარტივებული სახით და პრიმიტიულად ასახავს პიროვნებათშორის ურთიერთობებს. ინფორმაციის ისეთი წყაროები, როგორიცაა «მეგობრები», «ლიტერატურა და ტელევიზია» არ შეიცავს აღმზრდელობით მომენტებს. ცრუ მორცხვობის, საკუთარი ცოდნისა და უნარების არარსებობის გამო მშობლები და მასწავლებლები არ იყენებენ საკუთარ შესაძლებლობებს ბავშვებისა და მოზარდებისათვის ინფორმაციის მიწოდების თვალსაზრისით, რაც შემდგომში ასახავს ჰპოვებს ამ ადამიანთა მიერ მომავალი თაობების აღზრდაში. სექსუალური განათლებისა და ბავშვთა სქესობრივი აღზრდის საფუძვლებს თაობიდან თაობაში დუმილით უვლიან გვერდს.

სქესობრივი ცხოვრების დაწყების ასაკის მიხედვით, ყველაზე ადრეულ ასაკში სქესობრივი ცხოვრება II ჯგუფის რესპონდენტებმა დაიწყეს. მათთვის ეს ასაკი საშუალოდ 17 წელია, აქედან მინიმალური – 11 და მაქსიმალური – 24.

სექსუალური დებიუტების მოტივად ფიზიკური ლტოლვა დაასახელა 27,2%-მა, გატაცება, სიყვარული – 24,1%-მა, ცნობისმოყვარეობა – 10,6%-მა, ეს მოტივები მიუთითებენ ურთიერთობის ნებაყოფლობით დაწყებაზე. მოტივი «შემთხვევითობა»

(7,47%) მიუთითებს რესპონდენტთა ფსიქოლოგიურ უმწიფობაზე ცხოვრებისეული სიტუაციების შეფასების თვალსაზრისით. II ჯგუფის 6,1% ასახელებს სექსუალურ ძალადობას, ხოლო 1,2% – ტრეფიკინგს.

გამოკითხულთა ინდივიდუალურ-ფსიქოლოგიური თავისებურებანი, გარემოში მათი ადაპტაციის უნარი და ამ მახასიათებლების გავლენა ქცევის სტილზე, მათ შორის სექსუალური ქცევისა, შეისწავლებოდა ოთხი ორიენტირებული ფსიქოლოგიური ტესტის მეშვეობით: 1. აიზენკის მეთოდი. 2. დემბო-რუბინშტეინის თვითშეფასების ტესტი-სკალა. 3. შუბერტის რისკისკენ მზაობის (მიდრეკილების) ხარისხის სადიაგნოსტიკო მეთოდი. 4. შ. შვარცის ღირებულებითი ორიენტაციების განმსაზღვრელი მეთოდი.

აიზენკის ტესტის მიხედვით ექსტრავერსია-ინტროვერსიის პარამეტრის კვლევამ გვიჩვენა შემდეგი: I და III ჯგუფში მივიღეთ სუსტად გამოხატული ექსტრავერსია, ხოლო II ჯგუფის მაჩვენებელი აღემატება საშუალო ნორმატიულს (14). მათთვის ძირითადად დამახასიათებელია ორიენტაცია სოციალურ კონტაქტებზე და არა განმარტოებაზე. იმპულსურობა, ოპტიმიზმი, კომუნიკაბელობა, გახსნილობა, გარე სამყარო მათი სტიქიაა, ისინი ვერ ეგუებიან სიმარტოვეს, არიან ლიდერები, უყვართ სიცოცხლე და ამქვეყნიური სიამოვნებები. სექსუალურ პარტნიორთა ხშირი ცვლა არის მიზეზი სგგი-ით მათ განმეორებით ავადობისა.

ნეიროტიზმი – სტაბილობის პარამეტრის მიხედვით, II ჯგუფის რესპონდენტები (13,36) სუსტად გამოხატული ნეიროტიზმის დონით, ემოციურად საკმაოდ ადაპტირებულნი აღმოჩნდნენ საკუთარ გარემოში (თუ გავითვალისწინებთ მათი სოციალური გარემოს კეთილმოწყობლობას). I ჯგუფისათვის (11,69) დამახასიათებელია სიმშვიდე, ნაკლებემოციურობა, საკუთარ თავში დარწმუნება და თვითკმაყოფილება.

დემბო-რუბინშტეინის თვითშეფასების ტესტის მიხედვით სარწმუნო განსხვავება გამოიკვეთა I და II ჯგუფს შორის სექსუალობის პარამეტრის მიხედვით, სადაც II ჯგუფის წარმომადგენლებმა ყველაზე დაბალი შეფასება მისცეს საკუთარ თავს, ხოლო ყველაზე მაღალი – I ჯგუფმა. ეს მონაცემები შეიძლება აიხსნას იმ მიზეზით, რომ განმეორებითი დაავადების შექმნა სქესობრივი გზით მოხდა. ავადობა



აკნინებს მათ სექსუალობას, სქესობრივ ლტოლვას და სიამოვნების მიღების ხარისხს, რაც ერთგვარად მექანიკურს ხდის სქესობრივ კავშირს. II ჯგუფის შემთხვევაში ადგილი აქვს არაადექვატურ თვითშეფასებას ჯანმრთელობის პარამეტრის მიხედვით (საშუალოზე ოდნავ მაღალი მაჩვენებელი, რაც არ შეესაბამება მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობას).

შუბერტის რისკის კვლევის ტესტის ანალიზმა გვიჩვენა, რომ სამივე ჯგუფის მონაცემები საშუალო ( $\approx 40$ ) მახასიათებლებს შეესაბამება. საშუალოზე ოდნავ მაღალი (47) მაჩვენებელი აქვს საკონტროლო ჯგუფს. ეს განპირობებულია საზოგადოების მხრიდან ამგვარი ქცევის სტიგმატიზაციით, რის გამო ისინი სხვა სახის სარისკო ქცევებში სუბლიმირდებიან. II ჯგუფის წარმომადგენლები ნაკლებ რისკიანები აღმოჩნდნენ. ვინაიდან, მიმართავენ რა სექსუალური ქცევის სარისკო ფორმებს, მუდმივად იმყოფებიან რისკის პირობებში, რაც მათ დამატებითი მძაფრი შეგრძნებების მიღების სურვილს უკარგავს.

შვარცის ღირებულებების კვლევის მეთოდის თანახმად, II ჯგუფი განსხვავდება დანარჩენი ორი ჯგუფისგან შემდეგი ღირებულებების მიხედვით: ტრადიციონალიზმი, უნივერსალიზმი და კონფორმულობა. ტრადიციონალიზმისა და კონფორმულობის ღირებულებების მიხედვით, განმეორებით დაავადებულებს (II ჯგუფი) ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი აქვს. ამ ჯგუფის წარმომადგენლები ნაკლებად ითვალისწინებენ მათი ოჯახებისათვის და საზოგადოებისათვის დამახასიათებელ ტრადიციებსა და ღირებულებებს, ნაკლებად რელიგიურები არიან, არ ახასიათებთ ზომიერება. მათთვის საზოგადოებაში დამკვიდრებულ წესებსა და ნორმებს არსებითი მნიშვნელობა არ აქვს, უცხოა თვითშეზღუდვა, დისციპლინა, მშობლებისა და უფროსების პატივისცემა. უნივერსალიზმის ღირებულების მიხედვით, ამ ჯგუფის რესპონდენტებს ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აქვთ, რაც ნიშნავს, რომ მათთვის მნიშვნელოვანია თანასწორობა, სამართლიანობა და ტოლერანტობა. ისინი საზოგადოებისაგან ითხოვენ მიმდებლობას. II ჯგუფი ასევე სარწმუნოდ განსხვავდება I ჯგუფისაგან ისეთი ღირებულების მიხედვით, როგორც არის სტიმულაცია. განმეორებით დაავადებულებისათვის დამახასიათებელია

სითამამე, აგზნება, ცხოვრებაში სიახლეებისა და მოულოდნელობების ძიება (ჩვენს შემთხვევაში სქესობრივ ურთიერთობებში).

რაც შეეხება I ჯგუფს, იგი განსხვავდება III ჯგუფისაგან ისეთი ღირებულებებით, როგორც არის ძალაუფლება. ამ თვალსაზრისით I ჯგუფი ყველაზე მაღალი მონაცემით ხასიათდება, ხოლო III – ყველაზე დაბალით. ამ მოტივაციურ ტიპში შემავალი ფასეულობებია: ავტორიტეტი, სიმდიდრე, სოციალური ძალაუფლება, სოციალური აღიარება, საკუთარი იმიჯის დაცვა. I ჯგუფის რესპონდენტები განსაკუთრებით მწვავედ განიცდიან საკუთარი იმიჯის და შესაბამისად რეპუტაციის დაცვის აუცილებლობას, რაც მათი თვითშეღამაზების ფაქტითაც აიხსნება.

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების შესახებ ინფორმირებულობის თვითშეფასების კვლევისას რესპონდენტთა უმრავლესობამ დაადასტურა, რომ ფლობს ინფორმაციას ვენერულ დაავადებათა შესახებ. თუმცა მცირედი განსხვავება მათ შორისაც შეინიშნება. ყველაზე ნაკლებინფორმირებულებად ამ თვალსაზრისით საკუთარ თავს II ჯგუფის წარმომადგენლები აფასებენ (9,1%).

სქესობრივი კონტაქტის დროს ინდივიდუალური დაცვითი საშუალებების (პრეზერვატივის) გამოყენების სიხშირის კვლევამ გვიჩვენა, რომ გამოკითხულთა 40,73% - იშვიათად, ხოლო 17,5% - არ იყენებს დაცვით საშუალებებს.

ამრიგად, ინფორმაციის ნაკლებობა კონკრეტულ საკითხებთან მიმართებაში ერთ-ერთ რისკფაქტორად შეიძლება ჩაითვალოს სგგი-ის გავრცელების თვალსაზრისით. რესპონდენტთა უმრავლესობა გამოხატავდა სარწმუნო და ხელმისაწვდომი ინფორმაციის მიღების სურვილს. ამ მიზნით ჩვენს მიერ შემუშავებული იქნა პროგრამა, ახალგაზრდებისა და მოზარდებისათვის სპეციალიზებული პროფილაქტიკური ცენტრის შესაქმნელად, მასში შემავალი საგანმანათლებლო სტრუქტურით, ექიმებისა და მასწავლებლების მოსამზადებლად, შემდგომში მათ მიერ მშობლებში, ბავშვებსა და მოზარდებში საგანმანათლებლო მუშაობის გასაწევად.

საჭიროა სგგი-ებით ავადობის აღრიცხვიანობის სრულყოფა და მასზე კონტროლი მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფებში, განსაკუთრებით განმეორებით დაავადებულებში.

3. პიროვნების ფორმირების და სგგი-ის თაობაზე ინფორმირებულობის მიზნით, აუცილებელია შემუშავდეს სპეციალური პროგრამა.

4. აუცილებელია სგგი-ით განმეორებით დაავადებულთა ერთობლივი გამოკვლევა დერმატო-ვენეროლოგისა და ფსიქოლოგის მიერ, რაც ხელს შეუწყობს მათ სრულყოფილ ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ რეაბილიტაციას.

### დასკვნები

1. საქართველოში 2000-2005 წლებში აღინიშნებოდა მხოლოდ სიფილისით ავადობის შემცირების ტენდენცია: 100 000 სულ მოსახლეზე 2000 წელს 20,3 შემთხვევიდან 2005 წელს 11,6 შემთხვევამდე. სხვა დაავადებების მხრივ შეინიშნებოდა ავადობის მატების ტენდენცია: ტრიქომონიაზით \_ 47,0 შემთხვევიდან 78,2 შემთხვევამდე, გონორიით \_ 13,3-დან 27,3-მდე, ხოლო ქლამიდიოზით \_ 4,5-დან 23,4-მდე.

2. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით პირველად და განმეორებით დაავადებულთა შედარებისას, დაავადებათა თანაფარდობაში მნიშვნელოვანი განსხვავება არ შეინიშნება.

3. სგგი-ით პირველად და განმეორებით დაავადებულებისათვის დამახასიათებელია რამოდენიმე საერთო სოციალურ-ფსიქოლოგიური და ქცევითი ნიშანი: იმპულსურობა, ქცევის შინაგანი კრიტერიუმების ჩამოუყალიბებლობა, პიროვნული ინფანტილობა, ასოციალური ქცევის მქონე რეფერენტული ჯგუფის თვალსაზრისზე დამოკიდებულება.

4. ქცევის თავისებურებებს, რომლებიც განასხვავებენ განმეორებით დაინფიცირებულ ავადმყოფებს პირველად დაავადებულებისაგან, წარმოადგენს: სქესობრივი ცხოვრების უფრო ადრეული დაწყება, ალკოჰოლის ადრეული და ჭარბი მოხმარება, დელინქენტური ქცევა, პარტნიორთან დროებითი, არამდგრადი

პიროვნული ურთიერთობები, შემთხვევითი სქესობრივი კავშირებისა და იძულებითი სქესობრივი კონტაქტების სიხშირე.

5. სექსუალური ქცევის სტერეოტიპთა ფორმირებაში განსაკუთრებული როლი ეკუთვნის ოჯახის (მშობლების) დესტრუქციულ გავლენას; ოჯახში ურთიერთგაგების არარსებობა, სულიერი ურთიერთობის უკმარისობა (განსაკუთრებით მოზარდებში) იწვევს ეზოსა და სკოლის «არაფორმალურ გაერთიანებათა» უპირობო დომინირებას. ამ გაერთიანებებში ხდება სგგი-ის რისკ ჯგუფების ფორმირება, აღინიშნება «ანომიის» ფსიქოლოგიური ფენომენი.

6. ინდივიდუალურ-ფსიქოლოგიური მახასიათებლების მიხედვით სამივე ჯგუფში გამოიკვეთა მნიშვნელოვანი განსხვავება ისეთი ღირებულებების მხრივ, როგორცაა ტრადიციონალიზმი, უნივერსალიზმი და კონფორმულობა, რაც განაპირობებს დამოკიდებულებათა და ქცევით თავისებურებებს ჯგუფებში.

#### **Указатель литературных источников**

1. Абдуллах А.С.М, Эбрахим Ш.Х, Филдинг Р и др. Инфекции, передаваемые половым путем, у путешественников: выводы для профилактики и контроля ИППП, 2004, №3, с. 48-50.
2. Абраменко В.В. Половое в подростковом периоде. Методическое пособие. – Л. 1995.- 16 с.
3. Адаскевич И.П. Инфекции, передаваемые половым путем. Руководство для врачей. Москва, Мед. книга, 1999.
4. Адлер М.В. Контроль за заболеваниями, передаваемые половым путем, в развивающихся странах // ЗППП.-1994.-№2-с.3-10.
5. Аковбян В.А, Прохоренков В.И. Болезни, передаваемые половым путем: Уроки прошлого и взгляд в будущее //Вест. дерм, и венер, -1998. -№3. с.16-19.
6. Алексеева Н.В., Конькова С.В. Репродуктивное здоровье подростков // ЗППП. - 1997.-№4. – с.38.

7. Алесина И.Л., Бондаренко Т.Ф., Воробцова Е.А., Сивцова И.В, Сексуальное образование подростков, Программа РАПС „основы планирования семьи и здорового образа жизни“ // Планирование семьи. -1996. - №4. -с 25-31.
8. Амитина А.М., Горенкова Л.М. Сексуальное поведение и репродуктивное здоровье подростков. // Тезисы докладов недели „Планирование семьи“, Новосибирск, -1997. – с.17-18.
9. Андреева Г.М. Социальная психология. М. 1996. –с. 195-256. 334-352.
10. Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В. Клинические и поведенческие особенности больных сифилисом с различным количеством половых партнеров // Инфекции, передаваемые половым путем. -2001. -№2.-с.26-33.
11. Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В., Гуревич И.Н. Анализ поведения подростков при опасениях заражения инфекциями, передающимися половым путем. ИППП 2001, -№1 с. 26-30.
12. Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В., Карапетян А.Ф. и др. Проблема профилактики инфекции, передаваемые половым путем, в группах повышенного **повценеского** риска Вестн, дерматол, и венерол., 2003, -№3, с. 23-25.
13. Ахвердов А.Г. Формирование у детей и подростков высоконравственной личности – важнейшая предпосылка профилактики венерических заболеваний // VIII Всесоюз. Съезд дермато-венерологов: Тез. докл. -1995. -4.2 –с.335-336.
14. Бастимиева Б.Ш. Социально-эпидемиологически проблемы связанные „группами риска“// Вторая научно –практ. конференции врачей, Ленинград, 1992.-с.14-15.
15. Бажин Ю.А., Бажина Л.В. и др. К вопросу о репродуктивных нарушениях у мужчин, больных хламидиозам. Тез. докл. VII росс, Съезда дермато-венерологов. Казань, 1996, 44. 3. 104.
16. Базаев В.Т., ИППП в республике северная Осетия-Алания. Росс. Жур. кожни венеро б-ей. 2002. -№5, -с.65-67.
17. Баянов А.А. Необходимость внедрения новых форм психопрофилактики социальной дезадаптации и девиантново поведения у подростков.- // Тезиси докладов VI научно –практ. конференции врачей Новосибирск, 1996. с.18
18. Бебчук М.А. Сексуальное поведение при различных психических расстройствах у девочек младшево подросткового возраста. Дисс...канд, Мед. Наук.-М., 1995, -с. 201.

19. Белимготов М.В., Эльгаров А.А., Чистякова А.М. Профилактика заболеваний, передающихся половым путем у студентов //Вестн. дермато-венерологов. -1994. - №4 –с,33-34.
20. березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: наука, 1999. – С. 137-139, 145, 148.
21. Блонский И.П. Очерки детской сексуальности. – М., Л., 1995. – 175 с.
22. Богданова Е.А. Репродуктивное здоровье подростков //Планирование семьи. – 1996. - №3. – С. 12-14.
23. Бодаков А.В. Формирование всесторонне развитой личности. – Минск: Нар. Свет., 1997.-144с.
24. Бондаревский Я.И. Биосоциальная характеристика некоторых континентов больных венерическими болезнями на Южном Урале (опыт клинико-социального исслед.): Автореф. Дис. Канд. Мед. Наук. – М., 1995.-24с.
25. Бондаревский Я.И. О проституции и инфекциях, передаваемых половым путем. Вестн. дерматол. и венерол., 1999, - №1с 14-15.
26. Борисенко К.К., Лосева С.К., Бондаренко Т.Ф., Социально-медицинские аспекты болезней, передаваемых половым путем, у молодежи //2 Конференция по планированию семьи: Материалы конференции. – М., 1995. –С. 65-70.
27. Борисенко К.К., Лосева О.К., Доля О.В. К вопросу профилактики и лечения сифилиса у детей. //Рез. Докл. VII Российского съезда дерматовен.- Казан. – 1996. – С. 40-41.
28. Бужа Д.ж., Кастрл С., Дайэра А. траффик и здоровье ИППП, 2004, - №4 с. 34.
29. Булотайте Л.И. Психологическая склонность к алкоголизации у подростков из семей, больных алкоголизмом //Психопатические расстройства у подростков / Под ред. А.Е. Личко, Ю. В. Попова – Л., 1997. – С. 77-80. – (Респ.сб.науч. тр./Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т; Т. 116).
30. Буравкова А.Г., Бялик Л.Р., Бахметьева Т.М. Социально-сексуальная характеристика молодежи, страдающей венерическими заболеваниями. //IX съезд дерматовен. М., 1995. –С. 18-19.
31. Васильев Т.В., лосева О.К., Сафро Е.Ф., Мирзоев А.А. Влияние семьи родителей на Формирование стереотипов полового поведения у больных сифилисом // Вест. дерм. и вен. -1995. – С. 26-30.
32. Веселов Н.Г. Медико-социальное обследование семьи ребенка. –Л., 1994.
33. Веселов Н.Г. Социальная педиатрия: Актуальные проблемы.-Уфа, 1992.-192 с.

34. Веселов Н.Г. Социально-гигиенические исследования состояния здоровья детей: Программа и методика // Охрана здоровья Женщин и детей. –Л., 1994. –С. 5-27.
35. Веселов Н.Г., Парфенов В.М., Орел В.И. Образ жизни родителей и здоровье детей // Матер. Круглого стола: «Современные проблемы сохранения здоровья в Санкт-Петербурге». –СПБ., 1995.-С. 22-24.
36. Виторский А.П., Сытин С.А., Любашев Н.В. Медико-социальное обследование групп повышенного риска // Здравоохранение РФ. - 1992. - №5.-С.26.
37. Воронина Л.Д., Друзь В.Ф., Лендерман Н.Г. Социально-психологическая характеристика девочек-подростков, болеющих гонореей. // Тез. научно-практ. Конференции дерматовенерологов Урала, Сибири и Дальнего Востока., 1996. – С. 20-21.
38. Гайлявичус П., Бацевичуте Д., Жукаускас Г. Ранняя половая жизнь и венерические болезни // П Респ. конф. по Борьбе с венерическими болезнями: Тез. докл.- Вильнюс, 1996. – С. 88-89.
39. Гельман И.Г. Половая жизнь современной молодежи: Опыт социально-гигиенического исследования. (перез.) – М., Л., 1995. – 127 с.
40. Говорун Т.В., Стахневич В.И. Формирование у молодежи нравственного представления о половой принадлежности как важное условие подготовки к семейной жизни //Профилактика сексуальной патологии и супружеских дисгармоний: Тез. докл. респ. науч. конф. Ворошиловград, 31 мая – 2 июня 1985 г. – Киев; Ворошиловград, 1996. – С. 181-183.
41. Голик С.И., Шихаев Ш.М. Социально-гигиеническое исследование подростков школьного возраста // Здравоохранение РФ. – 1997. - №6. – С. 26-28.
42. Голод С.И. Стабильность семьи: социологические и демографические аспекты. Л., 1995. – 135 с.
43. Громбах С.М. Социально-гигиенический аспект оценки состояния здоровья детей и подростков // Вестник АМН СССР. -1995. -№4.- С. 75-80.
44. Громыко А.И. эпидемия заболеваний, передаваемых половым путем, в странах Восточной Европы // ЗППП.- 1996. - №6. – С. 22-26.
45. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. – М.: Медицина, 1997. – 272 с.
46. Давыдова С.В., Камалдинов Д.О. Актуальность сексуального образования в профилактике ЗППП в подростковой и молодёжной среде //тезисы докладов недели «Планирования семьи», Новосибирск, 1997. –С. 45-48.

47. Дейнека Н.В. Психологические проблемы женского бесплодия: диагностика и пути коррекции: Автореф. дис. канд. мед. наук, Самара, 2001.
48. Десятников В.Ф., Трофимов Г.Р., Козюля В.Г., Клинико-психологические исследования несовершеннолетних правонарушителей // Патохарактерологические иссл. у подростков / Под ред. А.Е. Личко, Н.Я. Иванова. – Л., 1995. – С. 51-53.
49. Егорова Н.И. Опыт организации детской психологической помощи в Ленинграде и возможные перспективы ее развития // Охрана здоровья женщин и детей. – Л., 1998. – С. 72-74.
50. Ефимочкина Т.К. Социально-эпидемиологические особенности венерических болезней у подростков различных социальных групп // 9 Всесоюзный съезд дерматовен. – М., 1999. – С. 29.
51. Ефимочкина Т.К., Новикова С.И. Социально-эпидемиологические особенности сифилиса у несовершеннолетних на современном этапе. // Тезисы докладов VII Российского съезда дерматовен. – Казан, 1996. – С. 48.
52. Заболевания передаваемые половым путем – 333 млн. новых излечимых случаев в 1995 г. – Пресс-релиз ВОЗ 25 августа // ЗППП. – 1995. - №5. С. 81-82.
53. Здоровье для всех к 2000 году: Глобальная стратегия ВОЗ. – Женева, 1999. – 106 с.
54. Калинина С.Н., Гиктинский О.Л., Михайличенко В.В. Роль заболеваний, передающихся половым путем, в бесплодном браке Урология и нефрология – 1997. - №1, с 37-39.
55. Камалдинов Д.О. Программы предупреждения раннего начала половой жизни (медико-психологические аспекты) // Тезисы докладов недели «Планирования семьи», Новосибирск, 1997. – С. 37-38.
56. Камсюк Л.Г. Специально-гигиенические проблемы семьи // Сов. здравоохран.- 1997. - №3. – С. 20-25.
57. Капкаев Р.А., Саипов С.С. Миграция населения и вопросы эпидемиологии венерических заболеваний// Вест. дерм. и венер. – 1997. - №9.- С. 41-43.
58. Кейт Л.Г., Саймон Т.К., Люк М.Х. Проблемы подростковой сексуальности (переводное издание). – М., 1998.-76с.
59. Кирнатовский И.Д. Современные проблемы охраны репродуктивного здоровья мальчиков-подростков // Вторая Российская конференция по планированию семьи// Материалы конференции.-М., 1995. – С. 70-76.



60. Ковалев В.В. О роли «измененной почвы» в происхождении психогенных патологических формирований личности // Патохарактерологические исследования у подростков / Под ред. А.Е. Личко, Н.Я. Иванова. – Л., 1997. – С. 73-78.
61. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). – М.: Медицина, 1999. – С. 208-215.
62. Козакевич М. Сексуальное воспитание и молодежь Европы. – София, 1995. – 144с.
63. Кон И.С. Введение в сексологию. – М., 1998.-335с.
64. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков (сщциас., психол. и психиатр. аспекты). –Минск, 1997.- С. 113-114.
65. Красильников Г.Т., Прокофьева Г.В. Медико-социальные и рпофилактические аспекты психического здоровья детей, больных сифилисом // Тезисы 7 научно-практ. конф. врачейю- Новосибирск, 1997. – С. 463.
66. Кубанова А.Н., Лосева О.К. Основы первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в группах повышенного поведенческого риска. Вестн. дерматол. 2000, - №5Ю с. 4-6.
67. Кузнецов А.А. Социально-психологические группы риска среди различных континентов больных инфекциями, передаваемыми половым путем // Тезисы докладов VII Российского съезда дерматовен.- Казан, 1996.
68. Кузнецов А.А., Сырнева Т.А., Сурганова А.И., Боброва Н.В., Личностно-психологическая характеристика подростков, больных венерическими заболеваниями //Тезисы науч.-практич. конф. дерматовен. Урала, Сибири и Дальнего Востока.- Екатеринбург, 1995.-С. 22-23.
69. Кунцевич Л.Д., Борщевская Р.П., Мишанов В.Р. Частота выявления возбудителей, передаваемых половым путем у подростков, больных гонореей // Тезисы науч.-практич. конф. дерматовен. Урала, Сибири и Дальнего Востока.- Екатеринбург, 1995.-С. 14-15.
70. Левин М.М., Евстафьев В.В. Некоторые аспекты проблемы проституции и инфекции, передаваемых половым путем. Вестн. дерматол. и венерол., 1999.-№2, с. 11.
71. Леннер-Аксельсон Б. Суксуальная политика и сексуальное образование в Швеции // Планирование семьи. – 1997. - №3. – С. 14-19.
72. Лешенко Г.М., Грачева Г.К., Случевская М.П. Особенности противовенерической пропаганды среди лиц повышенного риска // Вест. дерматол. и венерол. – 1998. - №2. –С. 45-48.

73. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: (Руководство для врачей). – Л., 1995. – 416 с.
74. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л., 1997. – 256 с.
75. Лосева О.К. Сексуальное поведение больных сифилисом (эпидемиол. и мед. соц. пробл.): Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1991. – 310 с.
76. Лосева О.К., Либин А.В. Социально-психологическая характеристика подростков, больных сифилисом // Материалы 9 Съезда дерматовен. – М., 1997. – С. 56-57.
77. Лосева О.К., Ибрагимов Р.А. Сексуальное насилие как фактор распространения болезней, передаваемых половым путем // Тезисы докладов VII Российского съезда дерматовен. – Казань, 1996. – С. 149.
78. Лузан Н.В. Медико-социальное исследование заболеваний, передаваемых половым путем, у несовершеннолетних: Дисс. ... канд. мед. наук. – СПб., 1997. – 148с.
79. Лявшина Г.Х. Проблемы детской сексологии // Тезисы науч.-практ. конф. «Медико-психолого-педагогические аспекты полового воспитания подростков». – СПб., 1996. – С.4.
80. Малова И.О., Сокольникова Н.В. и др. Хламидиоз в структуре урогенитальных инфекций у мальчиков младшего возраста. ИППП, 2001, -№1, с 19-23.
81. Мани Д., Ламац М. Психические расстройства, возникающие вследствие проведения в детском и подростковом возрасте некоторых гинекологических процедур. // Соц. и клин. психиатрия. – 1995. –т. 2. – вып. 2. – С. 54-61.
82. Манова-Томова В.С., Пирьев Т.Д., Пенушлиева Р.Д. Психологическая реабилитация при нарушениях поведения в детском возрасте. – София, 1996. – С. 38, 47-52.
83. Молчанова Л.Ф. Научное обоснование концепции первичной профилактики заболеваний на уровне семьи: Автореф. дис. ...докт. мед.наук.- М., 1998.-38 с.
84. Модровцев В.А., Тесалова О.Г., Яцуха М.В. Состояние и перспективы борьбы с распространением венерических болезней. // Вестник дермат. и венерол. – 1991. - №7. – С. 49-55.
85. Мотовилова И.Н., Мурко М.В., Шигалова Т.А. Социальная характеристика несовершеннолетних, больных венерическими болезнями // Вестник дермат. и венерол. – 1999. - №10. – С. 24-26.
86. Навродский А.Л. Медико-социальная профилактика венерических заболеваний среди несовершеннолетних: Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1999. – 196 с.

87. Нагаев В.В. Психологическая характеристика полового поведения молодежи // Тезисы докладов I Всесоюзн. конф. сексопатологов. – Уфа., 1996. – С. 66-67.
88. Обуховский К. Психология влечений человека: пер. с пол. – М.: Прогресс, 1997. – С. 160-167.
89. Олисов А.О., Комлев М.В. и др. Эпидемиология и профилактика сифилиса у детей Росс. жур. кожных и вен. болезней, 2005. -№1, с 35-37.
90. Определение психического инфантилизма у подростков с помощью патохарактерологического опросника / А.Е. Личко, А.А. Вдовченко, Н.Я. Иванов, С.Д. Озерцовский // Психол. диагностика при нервно-психических заболеваниях / Под ред. В.И. Вассермана, И.А. Кудрявцева; Ленинград. н.-и. психоневрол. ин-т. – Л., 1995. – С. 73-76.
91. Пестрикова Т.Ю. медико-социальные аспекты заболеваний, передающихся половым путем: Профилактика их у подростков // материалы 3 международной науч.-практ. конф. по планированию семьи. – Хабаровск, 1995. – С. 61-62.
92. Петренко Л.А., Дорохина О.В., Устенко Н.С. и др. Об опыте первичной профилактики ЗППП среди подростков // Забол. передающ. половым путем. – 1997. - №4. – С. 70-72.
93. Портер м. сексуальное здоровье // Планирования семьи в Европе. – 1995. - №1. – С. 29-31.
94. Психопатические расстройства у подростков / Под ред. А.Е. Личко, Ю. В. Попова – Л., 1997. – С. 7, 122-123. – (Респ. сб. науч. тр./ Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т; Т. 116).
95. Прохоренков В.И., Карелин Ю.М., Зорин А.Н., Мишина Л.Н. Венерические болезни у подростков // Вестн. дерматол. и венерол. – 1997. - №9. –С. 16-18.
96. Прохоренков В.И., Скибицкий В.А., Гузей Т.Н., Шергин С.Н. Половое поведение подростков, больных ЗППП // Вестн. дерматол. и венерол. – 1996. - №4. – С. 30-32.
97. Пэксмен Д.М. Репродуктивное здоровье, молодежь и закон // Хроника ВОЗ. – 1996. –Т. 38, №6. – С. 3-12.
98. Разумихина Г.П. Мир Семьи: книга для учащихся старших классов по курсу «Этика и психология семейной жизни». – М., - 1996. – 135-с.
99. Рубинс А., Рубинс С., Якобсоне И. и др. Эпидемиология и особенности заболеваемости сифилисом в Латвии Вестн. дерматол. и венерол., 2004, - №6, с. 42-44

100. Скворцова Е.С. Свободное время и употребление алкоголя подростками // Комплексные социально-гигиенические и клиничко-социальные исследования. – М., 1998. – С. 139. – 240.
101. Скородок Л.М., Савченко О.Н. Нарушение полового развития у мальчиков, - М.: Медицина, 1995. – 240 с.
102. Скрипкин Ю.К., Аковбян В.А. Венерические болезни: эпидемиологический взрыв // Врач. – 1995ю – октябрь. – 34-36.
103. Снисаренко Е.А. Заболевания у подростков, передаваемые половым путем, роль безопасного секса в профилактике ЗППП. // Тезисы докладов недели «Планирования семьи». – Новосибирск, 1997. – С. 62-62.
104. Стеранова Н.Н. Социально-гигиенические аспекты формирования молодых семей. Российской федкрации. – 1995. -№6. – С.13-16.
105. Тихонова Л.И. Эпидемиологическая ситуация с заболеваниями, передаваемыми половым путем // ЗППП. 1995. - №4. – С.15-21.
106. Томас Л. О ценности моральной поддержки // Планирование семьи в Европе., 1996, -№1. –С. 26-28.
107. Тотоонов Б.А. Социально-личностная характеристика подростков, больных венерическими болезнями // Заболевания, передающиеся половым путем, Сборник научных трудов. –Горкий, 1994. С. 35-36.
108. Ушакова Г.А. Становление репродуктивной функции женского населения и основы первичной профилактики ее нарушений. Дис. ...докт.мед.наук. – Кемерово, 1994.-405с.
109. Федоренко А.Е. Структура информированности молодежи о венерических болезнях //Материали у 1 Всероссийского съезда дерматовен, -М., 1998. -206с.
110. Фентон К.А., Лоундес К.М., Европейская группа по эпидемическому надзору за ИППП Современные тенденции в Эпидемиологии инфекций, передаваемых половым путем, в странах Европейского Союза ИППП, 2004, -№3, с.16.
111. Хальперн Д., Фигнер Уильям Р. Профилактика заболеваний, передаваемых половым путем – задача изменения образа жизни // Network. -1995. т.2. №1. С.6-8.
112. Халелин Я.А. Демографическая значимость болезней, передаваемых половым путем // Тезисы докладов VII Российского съезда дерматологов и венерологов. – Казань. -1996. –С.26.

113. Хамидов Ш.А, Валиханов У.А. и др. Особенности эпидемиологии, современного течения и лечения раннего приобретенного сифилиса. Вестн.дерматол и венерол., 2004, -2 С.55-57
114. Хрянин А.А. Сексуальное поведение и распространенность урогенитальной хламидийной инфекции среди студентов. Вестн.дерматол и венерол., 2004, -№2, С.45-47.
115. Чеботарев В.В, Павлик Л.В., Гужвиева О.Д. и др, Актуальные проблемы нейросифилиса. Вестн.дерматол 2002, №1, с.69-71.
116. Черепанова И.С. Комплексное социально-гигиеническое исследование многодетных семей // Сов. Здравоохран. 1995. -№7. – С.29-36
117. Шепель В.М. Социально-психологические проблемы воспитания. – М., 1997. –С.239.
118. Шинский Г.Э. Мерзляков В.А. Тимофеева С.Б. Эпидемиологические аспекты хламидийной инфекции. Вестн.дерматол и венерол., 1999, - №1. С.11-13.
119. Щеглов Л.М. <<Сексуальная революция>> и молодежь // Материали III международной научно-практической конференции по планированию семьи – Хабаровск, 1995. –С.8-11.
120. Эйдемиллер Э.Г. Роль внутрисемейных отношений в развитии психопатий и психопатоподобных расстройств в подростковом возрасте. Афтореф. дис. канд.мед.наук.- Л.1996, -34с.
121. Эйдемиллер Э. Г. Юстицкий В.В. Личностные психологические проблемы родителей как источник аномалий семейного воспитания и подростков с психопатическими развитиями //психопатическое расстройства у подростков / Под.ред. А.Е. Личко, Ю. В. Попова, - Л. 1997, -с.51-55. – (респ.сб.нау.тр./Ленингр. н.-и. психоневр. ин-т, Т.116.
122. Этика и психология семейной жизни /под ред. Н.В. Гребенщикова. –М, 1995.-135 с.
123. Юрьев В.К. некоторые социально-гигиенические проблемы формирования здоровья девочек-будущих матерей //Сост. здоровья и пути повышения качества леч-проф,помощи женщине-матери и ребенку. –М, 1997. с.18-19.
124. Юрьев В.К Образ жизни и заболеваемость подростков гонореей //Здравоохран. Росю Фед., 1998, №10. с.28-33.
125. Юрьев В.К Социально-гигиенические проблемы формирования здоровья женщины-матери. Дисс. док.мед.наук. \_Л., 1994. -310с.

126. Якобашвили Р.Д. Гигиеническое воспитание населения по вопросам сексуального здоровья // Сов.здоровоохр.-1994. №8. с.24-27.
127. Яцуха М.В. Динамика структура заболеваемости сифилисом в России // Тезисы научно\_практич. конференции дерматовенерологов Урала, Сибири и Дальнего Востока, Екатеринбург, 1994. –с.8-9.
128. Adler M. Meheust A. Epidemiology of sexually transmitted infections and human immunodeficiency virus in Europe. J Eur Acad Dermatol Venereol 2000; 14; p.370-7.
129. Adolescent sexuality and ist problems //Ann. Acad. Med. Smgap. 1995-sep. 24(5). –p.26-27.
130. Ammerman S.D, Perelli E. et al. Do adolescents understand what physicians say about sexuality and health? //Clin. Pediatr. Philadelphia.-2000. Oct.-31 (10).-p.590-595.
131. Baker S.A., Momson D.M. Sexually transmitted diseases and famili planning // STD 2000. Nov. Dec. -20 (6). p 352.
132. Brindis C.D. Health policy reform and comprehensive school health education: The need for an effective partnership // J.Sch.Health.-1999.-Jan.-63(1).-p.33-37.
133. Bychkova N.I., Shinsky G.E. The results of the examination of children whose parents were diagnosed chlamidiosis // 1 Congr. Clin.Dermatol. 2000,-Book abstr.-1996.-p.165.
134. Catterall R. Biological effects of sexual freedom // World health Forum.-2000.-No4.-p.572.
135. Chilman C.S. Adolescent sexuality in adolescent Changing American Society // Washington.-1998.-3 84p.
136. Cohen W.I. family-oriented pediatric care: Taking the next step //Pediatr.Clin.North Am.-1995.-V.42.-;N1.-p.11-19
136. Danielson R., Marcy S., Plunkett A. et al. Reproductive health counseling for young men: What does it do? // Fam. Plan. Perspect.-1998.-May-Jun.-22(3).-p115-121.
137. Darling C.A., Kallen DJ., Van Dusen J.E. Sex in transition, 1900-1980,-J.Youth and Adolescence.-1999.-Vol.13.-p.385-400.
138. Education for health.-Geneva.-WHO.-1999.-260 p.
139. Elliott M. The picture of child sexual abuse in Europe //Entre Nous.-1997.-.№21.-p.3.
140. Epidemic of sexually transmitted diseases in Eastern Europe Report of a WHO meeting. – Copenhagen, 13-15 May 1996. – WHO unpublished document.
141. European Commission. The social situation in Europe 2003 in brief, Brussels: European Commission, 2003.
142. Eurostat. Theme: general statistics. Free data. Eurostat, 2004.

143. Friedman H.L. Reproductive health in adolescent // World Health Stat.Q.-1995.47(1).-p.31-35.
144. Global strategy for health for all by the year 2000.-Geneva. - WHO.-1998.-`Health for all` Series. №6.
145. Green M. No child is an island: Contextual pediatrics and the `new~ health supervision //pediatr.Cml.North Am.-1995.-V.42.-#1.-p.79-87.
146. Hendrick C., Hendrick S.A. theory and method of love // J.Personal.Soc.Psychol.-1996.-V.50.-p.392-402.
147. Hoffmann S. The laboratory surveillance system of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections in Denmark. Euro Surveill 2001;6:86-90.
148. Holmes K.K., Sparling P.F., Mardh P.A., et al. // Sexually transmitted diseases. 3<sup>rd</sup> ed USA: McCrow-Hill, 1999.
149. Johansen JD, Smith E. Gonorrhoea in Denmark: high incidence among HIV-infected men who have sex with men. Acta Derm Venereol 2002; 82:365-8.
150. Johnson J., Neas B. Screening for urethra infection in adolescent and young adult males // J. Adolescent Health.-№5.-p.356-361.
151. Kallen D.J., Stephenson J.J. Talking about sex revisited // J. Youth and Adolescence.-1997.-V.11.-p.11-24.
152. Kozakiewicz M. Sex education and adolescence in Europe.-London, 1998.
153. Maxwell A.E., Bastani R. AIDS risk behavior and correlates in teenagers attending sexually transmitted diseases clinics in Los Angeles // Genitourin. Med.-1995.-71(2).-p.82-87.
154. Merino G., Murrieta S. Sexually transmitted diseases and relation genital pathologies in oligozoospermia // Arch.Androl.-1997.-№2.-p.87-94.
155. Millstein S.G., Moscicki A.B Sexually transmitted diseases in female adolescents: effects of psychosocial factors and high risk behavior.1999.
156. Miroslav S. Spasovski, Liljana J.Simjanovska, Vaso Taleski et al. Screening of Chlamydia trachomatis urogenital infections among the male and female population of the Republic of Macedonia JEADV (2005) Vol. 19, 14., p.427-430.
157. Molnar J. Szarvos Fam.Plan.Persp.Andrologie.-Leipzig, 1998.
158. Muran D. Child sexual abuse // Curr. Opin. Obstet. Gynecol.-1995.-V.6.-p.784-790.

159. Nelson S.N. Sex, family planning and population7/ Mental Health: The Public Health Challenge / Ed.by J.Liebennan.-Washington, 1995.
160. Nikitina L.S., Pozdeev O.P., Vatutina N.A. Social and personal characteristic of teenagers with gonorrhea.//1 Congr.Clin.dermatol.2000: Book Abstr.-1996.-p165-166.
161. Orr. D.P., Langefeld C.D., Katz B.P. et al. Factors associated with condom use among sexually active female adolescents // J. Pediatr. – 1997.-Feb.-120.-p.311-317.
162. Parcer D.A. Alcohol, other drugs and sexual risks – taking among young adults. // J. Subst. Abuse.-1995.-6(1).-p.87-93.
163. Ponchaud C., Singh S., Feivelson D., et al. Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries. Fam.Plann Perspect 2000/32; 24-32,45.
164. Reed B.D., Eyier A. Vaginal infections: diagnosis and management. // Am. Fam. Physician.-1997.-47(8).-p. 1805-1818.
165. Reiss I.L. Family systems in America.-N.Y.,1996.-520p.
166. Rutter M. Normal Psychosexual development // J.Child.Psychol.Psychiatr.-1999.-11.-p.259.
167. Sexual behavior in sexually transmitted diseases research: An overview // Sex.Trans.is.-1995.-Mar.-Apr.-21(2 Suppl).-p.59-64.Ref. 23.
168. Smith M. pediatric sexuality: promoting normal sexual development in children // Nurse Pract.-1995.-V.8.-p.37-38, 41-44.
169. Solnit A.J., Schowalter J.E., Nordhaus B.F. Best interests of the child in the family and community: Social, legal and medical implications for pediatricians // Pediatr. Clin. North Am.- 1995.-V.42.-№1.-p. 181-191.
170. Storms M.A theory of erotic orientation development // Psychol.Rev.-1999.-№4.-p.340.
171. Van Duynhoven Y. The epidemiology of Neisseria gonorrhoeae in Europe. Microbes Infect 1999; IA55-6A.
172. Waeber R. Die Welt des Kmdes and seine Familienwelt //Schweiz.Med.Wochenschr.-1997.-Bd.124.-Xo 51-52.-S.2305-2312.
173. Weisberg E., North P., Buxton M. Sexual activity and condom use in high school students // MedJ.Aust.-1996.-May 4.-156(9).-p.612-613.
174. Wellings K., Nanchahal K., Macdowall W., et al. Sexual behavior in Britain: early heterosexual experience. Lancet 2001; 358:1843-50.
175. Wilsob J.S., Honey E., Templeton A. et al. A systematic review of the prevalence of Chlamydia trachomatis among European women. Human Reproduction Update 2002; 8.-p.385-394.



176. World Health Organization. CISID – the Computerized Information System for Infectious Diseases. Geneva: WHO Regional Office for Europe, 2004.
177. Wyn J. Young women and sexually transmitted diseases: the issues for public health // Vic. Aust. J. Public.Health.-1995.-18(1).-p.32-39.